

09.076

**Messaggio  
concernente la legge federale sulla prevenzione e  
la promozione della salute  
(Legge sulla prevenzione, LPrev)**

del 30 settembre 2009

---

Onorevoli presidenti e consiglieri,

con il presente messaggio vi sottoponiamo, per approvazione, il disegno di legge federale sulla prevenzione e la promozione della salute (Legge sulla prevenzione, LPrev).

Gradite, onorevoli presidenti e consiglieri, l'espressione della nostra alta considerazione.

30 settembre 2009

In nome del Consiglio federale svizzero:

Il presidente della Confederazione, Hans-Rudolf Merz  
La cancelliera della Confederazione, Corina Casanova

---

## Compendio

*La nuova legge federale sulla prevenzione e la promozione della salute concretizza il mandato sancito dall'articolo 118 capoverso 2 lettera b della Costituzione federale, secondo cui la Confederazione emana prescrizioni sulla lotta contro le malattie trasmissibili, fortemente diffuse o maligne. Si propone di migliorare la gestione strategica, il coordinamento e l'efficienza delle misure di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce e, di rimando, di contribuire a rafforzare la prevenzione delle malattie e la promozione della salute in Svizzera.*

### Contesto

*Il sistema sanitario svizzero presenta un importante punto debole: a differenza dei tre pilastri dell'assistenza medico-sanitaria (cure, riabilitazione e assistenza), la prevenzione, la promozione della salute e la diagnosi precoce non poggiano su basi concettuali, politiche, organizzative e giuridiche sufficientemente solide – eccezion fatta per la lotta contro le malattie trasmissibili e le misure per la prevenzione delle dipendenze.*

*Il 28 settembre 2007 il Consiglio federale ha incaricato il Dipartimento federale dell'interno (DFI) di elaborare nuovi basi normative per colmare la lacuna strutturale nel settore della prevenzione, della promozione della salute e della diagnosi precoce. Ha così accolto le raccomandazioni formulate nel giugno 2006 dalla Commissione di esperti «Prevenzione + promozione della salute» istituita dal DFI e una delle proposte principali formulate nell'ottobre 2006 dall'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE) e dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) volta a migliorare e sviluppare il sistema sanitario elvetico.*

### Obiettivi e contenuti del disegno di legge

*La nuova legge si propone di migliorare la gestione strategica, il coordinamento e l'efficienza delle varie misure in vista di rafforzare la prevenzione, la promozione della salute e la diagnosi precoce e di ottimizzare la gestione dei prelievi a favore della prevenzione (tassa per la prevenzione del tabagismo e supplemento al premio LAMal). Inoltre, mira a colmare le lacune legislative nel campo della prevenzione e della diagnosi precoce di malattie non trasmissibili e mentali fortemente diffuse o maligne.*

*Gli elementi chiave del disegno di legge sono:*

- *l'introduzione di strumenti di gestione strategica e di coordinamento (obiettivi nazionali e strategia del Consiglio federale);*
- *la definizione della ripartizione delle competenze tra Confederazione e Cantoni nel rispetto del principio di sussidiarietà;*
- *l'integrazione di provvedimenti volti a garantire la qualità e a promuovere l'efficacia delle misure di prevenzione, diagnosi precoce e promozione della salute;*

- 
- *la creazione dell'Istituto svizzero per la prevenzione e per la promozione della salute sotto forma di unità amministrativa decentrata della Confederazione che funge da nuovo centro di competenza per la prevenzione, la promozione della salute e la diagnosi precoce;*
  - *la ridefinizione delle condizioni quadro per l'impiego dei proventi del supplemento al premio LAMal e della tassa per la prevenzione del tabagismo;*
  - *l'inserimento nella legge degli aiuti finanziari a organizzazioni di utilità pubblica e della promozione della ricerca, della formazione e del perfezionamento;*
  - *l'ottimizzazione dei rapporti sulla salute e l'armonizzazione dei rilevamenti statistici.*

*L'attuazione della nuova legge non graverà sul bilancio pubblico. Se a lungo termine il fabbisogno finanziario per le iniziative e i programmi di prevenzione dovesse aumentare, si prevede di coprirlo con un aumento del supplemento al premio LAMal – attualmente pari a 2,40 franchi per persona all'anno – che dovrà essere deciso dal Consiglio federale.*

*Dal punto di vista politico-sanitario la nuova legge federale contribuisce a mantenere a lungo termine lo stato di salute della popolazione svizzera, rafforza la piazza economica elvetica e concorre a contenere l'aumento dei costi nel sistema sanitario.*

## Indice

<b>Compendio</b>	<b>6152</b>
<b>Elenco delle abbreviazioni</b>	<b>6156</b>
<b>1 Situazione iniziale</b>	<b>6159</b>
1.1 Basi della politica sanitaria	6159
1.2 Situazione attuale	6162
1.2.1 Legislazione	6162
1.2.2 Attori e organizzazione	6165
1.2.3 Finanziamento	6170
1.2.4 Efficacia delle misure di prevenzione e promozione della salute	6173
1.3 Punti deboli del sistema attuale e necessità di intervento	6174
1.4 Perché una nuova normativa?	6176
1.4.1 Proposte di riforma presentate negli anni Ottanta del secolo scorso	6176
1.4.2 Lavori preliminari	6177
<b>2 Punti essenziali del progetto</b>	<b>6179</b>
2.1 Varianti esaminate	6179
2.2 Risultati della procedura preliminare	6181
2.2.1 Risultati della procedura di consultazione	6181
2.2.2 Rielaborazione dell'avamprogetto	6184
2.3 Obiettivi della LPrev	6185
2.4 La nuova normativa in dettaglio	6186
2.4.1 Campo di applicazione	6186
2.4.2 Strumenti di gestione strategica e di coordinamento	6187
2.4.3 Ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni	6188
2.4.4 Organizzazione a livello federale	6189
2.4.5 Finanziamento	6192
2.4.6 Altri aspetti	6193
2.5 Corrispondenza tra compiti e risorse finanziarie	6193
2.6 Sviluppi internazionali e rapporto con il diritto europeo	6194
2.6.1 Sviluppi internazionali nel settore della prevenzione, della promozione della salute e della diagnosi precoce	6194
2.6.2 Soluzioni organizzative nel raffronto internazionale	6196
2.6.3 Rapporto con il diritto europeo	6197
2.7 Attuazione	6199
2.8 Valutazione globale	6199
2.9 Interventi parlamentari	6203
<b>3 Commento ai singoli articoli</b>	<b>6203</b>
3.1 Capitolo 1: Prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce	6203
3.1.1 Sezione 1: Disposizioni generali	6203
3.1.2 Sezione 2: Strumenti di gestione strategica e di coordinamento	6210
3.1.3 Sezione 3: Misure della Confederazione e dei Cantoni	6215

3.2	Capitolo 2: Contributi, aiuti finanziari e altre misure di promozione	6222
3.2.1	Sezione 1: Contributi a programmi e progetti	6222
3.2.2	Sezione 2: Aiuti finanziari e altre misure di promozione	6225
3.3	Capitolo 3: Dati	6227
3.4	Capitolo 4: Rapporti e controlling	6229
3.5	Capitolo 5: Istituto svizzero per la prevenzione e la promozione della salute	6230
3.5.1	Sezione 1: Disposizioni generali	6230
3.5.2	Sezione 2: Organizzazione e personale	6233
3.5.3	Sezione 3: Finanziamento e gestione finanziaria	6237
3.5.4	Sezione 4: Vigilanza	6239
3.6	Capitolo 6: Esecuzione	6239
3.7	Capitolo 7: Disposizioni finali	6242
3.7.1	Sezione 1: Abrogazione e modifica del diritto vigente	6242
3.7.2	Sezione 2: Disposizioni transitorie	6245
3.7.3	Sezione 3: Referendum ed entrata in vigore	6246
<b>4</b>	<b>Ripercussioni</b>	<b>6246</b>
4.1	Ripercussioni per la Confederazione	6246
4.2	Ripercussioni per i Cantoni e i Comuni	6249
4.3	Ripercussioni per l'economia	6250
4.4	Ripercussioni per la società e valutazione della sostenibilità	6256
<b>5</b>	<b>Rapporto con il programma di legislatura</b>	<b>6256</b>
<b>6</b>	<b>Aspetti giuridici</b>	<b>6256</b>
6.1	Costituzionalità	6256
6.2	Compatibilità con gli impegni internazionali	6258
6.3	Forma dell'atto normativo	6258
6.4	Subordinazione al freno alle spese	6258
6.5	Conformità alla legge sui sussidi	6259
6.5.1	Contributi federali all'Istituto	6259
6.5.2	Aiuti finanziari a organizzazioni di utilità pubblica	6259
6.6	Delega di competenze legislative	6261
	<b>Legge federale sulla prevenzione e la promozione della salute (Legge sulla prevenzione, LPrev) (Disegno)</b>	<b>6263</b>

## Elenco delle abbreviazioni

AFF	Amministrazione federale delle finanze
AI	Assicurazione invalidità
AINF	Assicurazione contro gli infortuni
AIR	Analisi dell'impatto della regolamentazione
AMal	Assicurazione malattie
Art.	Articolo
AVS	Assicurazione per la vecchiaia e i superstiti
BGBI	Bundesgesetzblatt (Bollettino delle leggi federali tedesche)
CDF	Controllo federale delle finanze
CDS	Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità
CE	Comunità europea
CEDU	Convenzione europea dei diritti dell'uomo
Cost.	Costituzione federale della Confederazione Svizzera del 18 aprile 1999; RS 101
CP	Codice penale svizzero del 21 dicembre 1937; RS 311.0
Cpv.	Capoverso
DFAE	Dipartimento federale degli affari esteri
DFI	Dipartimento federale dell'interno
FF	Foglio federale
FPT	Fondo per la prevenzione del tabagismo
LAG	Legge del 6 ottobre 1989 per la promozione delle attività giovanili extrascolastiche; RS 446.1
LAI	Legge federale del 19 giugno 1959 su l'assicurazione per l'invalidità; RS 831.20
LAINF	Legge federale del 20 marzo 1981 sull'assicurazione contro gli infortuni; RS 832.20
LAlc	Legge federale del 21 giugno 1932 sulle bevande distillate (Legge sull'alcool); RS 680
LAMal	Legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie; RS 832.10
LAsi	Legge federale del 26 giugno 1998 sull'asilo; RS 142.31
LATer	Legge federale del 15 dicembre 2000 sui medicamenti e i dispositivi medici (Legge sugli agenti terapeutici); RS k
LAU	Legge federale dell'8 ottobre 1999 sull'aiuto alle università e la cooperazione nel settore universitario (Legge sull'aiuto alle università); RS 414.20
LAVS	Legge federale del 20 dicembre 1946 su l'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti; RS 831.10
LCo	Legge federale del 18 marzo 2005 sulla procedura di consultazione; RS 172.061

LCStr	Legge federale del 19 dicembre 1958 sulla circolazione stradale; RS 741.01
LAVS	Legge federale del 20 dicembre 1946 su l'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti; RS 831.10
LDerr	Legge del 9 ottobre 1992 sulle derrate alimentari; RS 817.0
LEp	Legge federale del 18 dicembre 1970 per la lotta contro le malattie trasmissibili dell'uomo (Legge sulle epidemie); RS 818.101
Let.	Lettera
LF	Legge federale
LFC	Legge del 7 ottobre 2005 sulle finanze della Confederazione; RS 611.0
LFPr	Legge del 13 dicembre 2002 sulla formazione professionale; RS 412.10
LIB	Legge federale del 6 ottobre 2006 sull'imposizione della birra
LImT	Legge federale del 21 marzo 1969 sull'imposizione del tabacco (Legge sull'imposizione del tabacco); RS 641.31
LL	Legge federale del 13 marzo 1964 sul lavoro nell'industria, nell'artigianato e nel commercio (Legge sul lavoro); RS 822.11
LOGA	Legge del 21 marzo 1997 sull'organizzazione del Governo e dell'Amministrazione; RS 172.010
LParl	Legge federale del 13 dicembre 2002 sull'Assemblea federale; RS 171.10
LPGA	Legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali; RS 830.1
LPMed	Legge del 23 giugno 2006 sulle professioni mediche; RS 811.11
LPers	Legge del 24 marzo 2000 sul personale federale; RS 172.220.1
LPrev	Legge federale sulla prevenzione e sulla promozione della salute (Legge sulla prevenzione)
LR	Legge federale del 7 ottobre 1983 sulla ricerca; RS 420.1
LRTV	Legge federale del 24 marzo 2006 sulla radiotelevisione; RS 784.40
LSIT	Legge federale del 19 marzo 1976 sulla sicurezza delle installazioni e degli apparecchi tecnici; RS 819.1
LStup	Legge federale del 3 ottobre 1951 sugli stupefacenti e sulle sostanze psicotrope (Legge sugli stupefacenti); RS 812.121
LSu	Legge federale del 5 ottobre 1990 sugli aiuti finanziari e le indennità (Legge sui sussidi); RS 616.1
LSUP	Legge federale del 6 ottobre 1995 sulle scuole universitarie professionali; RS 414.71
O	Ordinanza
OCSE	Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (Organization for Economic Cooperation and Development)
OFPT	Ordinanza del 5 marzo 2004 sul fondo per la prevenzione del tabagismo; RS 641.316
OMS	Organizzazione mondiale della sanità (World Health Organization)

OOrg-DFAE	Ordinanza del 29 marzo 2000 sull'organizzazione del Dipartimento federale degli affari esteri; RS 172.211.1
OOrg-DFI	Ordinanza del 28 giugno 2000 sull'organizzazione del Dipartimento federale dell'interno; 172.212.1
OPre	Ordinanza del 29 settembre 1995 sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie; RS 832.112.31
Org-DATEC	Ordinanza del 6 dicembre 1999 sull'organizzazione del Dipartimento federale dell'ambiente, dei trasporti, dell'energia e delle comunicazioni; RS 172.217.1
OOrg-DDPS	Ordinanza del 7 marzo 2003 sull'organizzazione del Dipartimento federale della difesa, della protezione della popolazione e dello sport; RS 172.214.1
Org-DFE	Ordinanza del 14 giugno 1999 sull'organizzazione del Dipartimento federale dell'economia; RS 172.216.1
Org-DFF	Ordinanza dell'11 dicembre 2000 sull'organizzazione del Dipartimento federale delle finanze; RS 172.215.1
PIL	Prodotto interno lordo
RC auto	Responsabilità civile autoveicoli
RFA	Regia federale degli alcool
RS	Raccolta sistematica del diritto federale
SECO	Segreteria di Stato dell'economia
Suva	Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni
UE	Unione europea
UFAS	Ufficio federale delle assicurazioni sociali
UFSP	Ufficio federale della sanità pubblica
UFSPPO	Ufficio federale dello sport
USTRA	Ufficio federale delle strade
VIS	Valutazione dell'impatto sulla salute



# Messaggio

## 1 Situazione iniziale

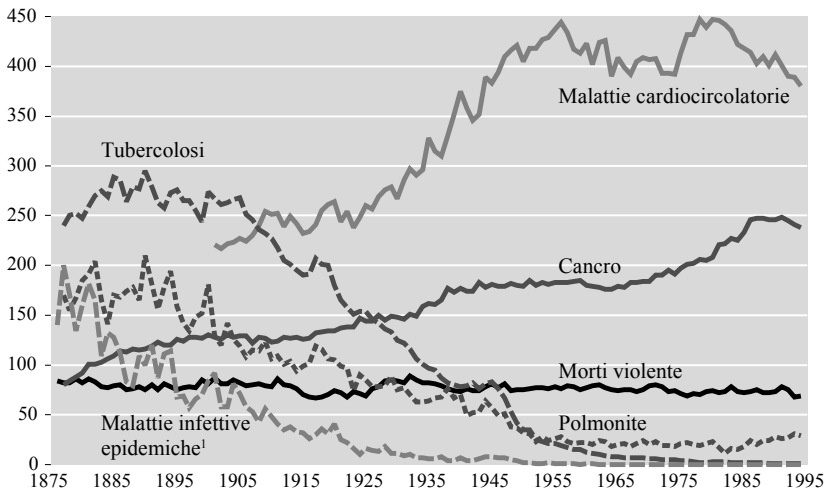
### 1.1 Basi della politica sanitaria

Le trasformazioni sociali del 20° secolo hanno indotto un cambiamento dello spettro di malattie e delle cause di morte. Fino agli inizi del 20° secolo la causa principale di malattia e di morte prematura erano le infezioni (cfr. grafico 1).

*Grafico 1*

#### Evoluzione delle cause di morte tra il 1875 e il 1995<sup>1</sup>

Personae decedute ogni 100 000 abitanti



<sup>1</sup> Vaiolo, morbillo, scarlattina, difterite, pertosse, tifo

© UST 1997

Con il miglioramento delle condizioni sociali e igieniche e la scoperta di vaccini che consentono di prevenire molte epidemie, sono cambiati anche i quadri clinici della popolazione. Oggi, le cause principali di morte prematura sono – accanto agli incidenti e ai suicidi – le malattie cardiocircolatorie e tumorali (cfr. tabella 1).

<sup>1</sup> Fonte: Ufficio federale di statistica

Tabella 1

**Ripartizione percentuale degli anni di vita persi per mortalità precoce (ossia prima del 70° anno di età) in base alle cause principali di decesso (2007)<sup>2</sup>**

Cause di decesso	Uomini	Donne
Tumori	29,1 %	45,2 %
Malattie cardiocircolatorie	17,2 %	11,0 %
Infortuni e conseguenze di atti di violenza	16,3 %	8,0 %
Suicidi	13,3 %	9,9 %
Malattie infettive	1,9 %	1,7 %
Altre	22,2 %	24,2 %

Le malattie croniche non trasmissibili figurano al primo posto anche per quanto concerne il «Burden of Disease» (cfr. tabella 2). Rispetto alla media, le persone affette da queste patologie devono ricorrere maggiormente alle prestazioni mediche, hanno una qualità di vita limitata o devono essere pensionate anticipatamente. Ciò comporta un aumento dei costi nel settore delle assicurazioni sociali (assicurazione malattia e invalidità, AMal e AI). Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), uno stile di vita sano permetterebbe di evitare la metà di queste malattie nella fascia di popolazione di mezza età.

Tabella 2

**«Burden of Disease» – i 10 principali fattori di rischio, malattia o infortunio<sup>3</sup>**

Malattia o infortunio	% di tutti DALYs*	Fattore di rischio	% di tutti DALYs*
Depressione unipolare	10,3	Tabagismo	11,2
Cardiopatía ischemica	6,2	Ipertensione	7,3
Alzheimer e demenza	4,7	Consumo di alcol	7,2
Malattie alcolcorrelate	4,6	Indice di massa corporea elevato	6,0
Perdita dell'udito	4,2	Tasso di colesterolo elevato	5,1
Malattie cerebrovascolari	3,3	Consumo di droga	2,7
Cancro ai polmoni	3,1	Sedentarietà	2,4
COPD (broncopneumopatia cronica ostruttiva)	2,8	Consumo limitato di frutta e verdura	1,6
Autolesionismo	2,8	Rapporti sessuali non protetti	0,7
Osteoartrite	2,7	Abusi sessuali in gioventù	0,6

\* DALY = Disability Adjusted L Years; unità di misura che indica la somma degli anni di vita persi a causa di una morte prematura (ossia prima del 70° anno d'età) e degli anni di vita con disabilità.

<sup>2</sup> Fonte: Ufficio federale di statistica, Statistica sanitaria 2009, Neuchâtel 2009.

<sup>3</sup> Fonte: Stime sulla base della banca dati OMS «Burden of Disease».

Per effetto dell'invecchiamento demografico, queste patologie avranno effetti sempre maggiori non solo sullo stato di salute della popolazione, ma anche sull'evoluzione dei costi della salute.

A partire dalla prima metà del 20° secolo, nella letteratura scientifica si è diffusa la convinzione che la salute delle persone non può essere ricondotta unicamente alla biologia umana e che entrano in gioco anche altre dimensioni. La definizione di salute elaborata nel 1948 dall'OMS ha tenuto conto di queste considerazioni, gettando le basi per lo sviluppo di un concetto più esteso di salute che si è oggi imposto nella maggior parte dei Paesi e delle organizzazioni. La salute, intesa come concezione globale, è descritta come «stato di completo benessere fisico, psicologico e sociale». L'aspetto davvero rivoluzionario di questa definizione sta nel fatto che la salute non è più vista solo come assenza di malattia.

Nella «Carta di Ottawa per la promozione della salute»<sup>4</sup> del 1986 questo concetto di salute assoluto e statico formulato nel 1948 è stato relativizzato. Da allora si pone in primo piano la capacità del singolo individuo di influenzare e migliorare la propria salute. Il punto fondamentale sta nell'aver capito che la salute non è solo il risultato delle condizioni quadro del sistema sanitario, delle condizioni biologico-genetiche e dello stile di vita personale, ma dipende anche da fattori quali la pace, condizioni abitative adeguate, l'istruzione, l'alimentazione, un ambiente intatto, un'utilizzazione scrupolosa delle risorse naturali disponibili o ancora l'accesso a un'assistenza medica adeguata.

Una concezione ampia di salute racchiude dunque in sé fattori fisici, psichici, sociali e ambientali. Tutti noi, con o senza limitazioni, conquistiamo e viviamo la salute nell'ambiente quotidiano che ci circonda: spazi ludici, scuola, lavoro, vita privata. Un buono stato di salute è il presupposto essenziale per lo sviluppo sociale, economico e personale nonché la componente chiave dell'efficienza funzionale e della qualità di vita.

Il miglioramento delle condizioni di salute e l'allungamento della speranza di vita che si sono registrati dal 19° secolo in avanti non si spiegano unicamente con i progressi compiuti nella medicina e nell'assistenza sanitaria. Vi hanno contribuito in maniera decisiva anche lo sviluppo economico e sociale, la stabilità dello Stato nonché i progressi ottenuti in materia di ambiente, igiene e istruzione. Il contributo dell'assistenza medico-sanitaria al miglioramento della salute e all'allungamento della speranza di vita è stato stimato in passato tra il 10 e il 40 per cento a seconda dell'approccio e del metodo adottato nonché a dipendenza del sesso. Per il resto esso è attribuibile primariamente al miglioramento delle condizioni e degli stili di vita.

Posto che molte delle malattie menzionate nella tabella 2 possono essere prevenute o se non altro ritardate adottando uno stile di vita sano e facendo proprie condizioni di

4 Organizzazione mondiale della sanità, Carta di Ottawa per la promozione della salute, Ginevra 1986; consultabile nel sito [www.radix.ch/index.cfm/90346828-EE5A-7D5D-73764C30ECE7FD99/?&lang=de](http://www.radix.ch/index.cfm/90346828-EE5A-7D5D-73764C30ECE7FD99/?&lang=de).

vita salutaris<sup>5</sup>, vi è oggi la necessità di consolidare a livello politico i principi di prevenzione e promozione della salute, integrandoli meglio nel sistema sanitario, nella politica della sanità e in altre politiche settoriali (ad es. politica dell'istruzione, economica, sociale e ambientale). Nel confronto internazionale, lo stato di salute della popolazione svizzera è attualmente superiore alla media. Per garantire gli stessi risultati anche sul lungo periodo bisogna però promuovere attivamente questi principi in tutto il Paese. Mantenere la popolazione in salute attraverso misure di prevenzione e promozione della salute è di fondamentale importanza, tanto più che si sta delineando una scarsità di risorse per la medicina curativa. S'impone dunque un cambiamento di paradigma, nel senso che occorre allontanarsi da una sanità esclusivamente curativa e optare per un sistema sanitario orientato alla prevenzione.

Alla luce di queste considerazioni, appare oggi praticamente certo che investire nella prevenzione e nella promozione della salute contribuisce anche a rafforzare l'efficienza della società e ad assicurare la capacità lavorativa della popolazione e la produttività economica. Ciò consente di evitare casi di morte prematura e di pensionamento anticipato per malattia, di ridurre nelle aziende le perdite di produzione dovute a malattia, di mantenere elevato il grado di autonomia delle persone anziane e di evitare, o per lo meno posticipare, il loro bisogno di cure. Migliorando le competenze del singolo in materia di salute, la prevenzione e la promozione della salute favoriscono al contempo una domanda e una fruizione differenziata delle prestazioni dell'assistenza sanitaria, contribuendo in tal modo, sul lungo periodo, a contenere i costi del sistema sanitario.

L'obiettivo del disegno è di creare basi solide per la pianificazione futura della prevenzione, della promozione della salute e della diagnosi precoce in Svizzera. Nei suoi punti fondamentali il progetto mira a consolidare il coordinamento e la gestione, a chiarire la ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni, a ristrutturare i flussi e l'indirizzo finanziari a livello federale e a riorganizzare le competenze a livello federale con la creazione dell'Istituto svizzero per la prevenzione e per la promozione della salute. Per contro, il disegno di legge non fissa priorità nell'ambito della prevenzione e della diagnosi precoce delle malattie, né definisce misure specifiche di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce.

## **1.2 Situazione attuale**

### **1.2.1 Legislazione**

#### **In generale**

La legislazione in materia di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce non è unitaria, è poco chiara e presenta importanti lacune. Le disposizioni in vigore a livello federale e cantonale coprono solo singoli sottosettori e sono relati-

<sup>5</sup> Secondo lo studio EPIC (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition) il fatto di non fumare, consumare alcol in misura moderata, mangiare molta frutta e verdura, fare un'attività fisica sufficiente riduce il rischio di morte. Le persone che osservano queste abitudini presentano un rischio di morte quattro volte inferiore a quello delle persone che non ne rispettano nemmeno una. Cfr. Khaw KT, Wareham N, Bingham S, et al: Combined impact of health behaviors and mortality in men and women: the EPIC-Norfolk Prospective Population Study. PLoS med 5(1)2008: e12. doi:10.1371/journal.pmed.0050012.

vamente generiche oppure formulate in modo da lasciare spazio a molte interpretazioni. Va detto inoltre che a livello federale le norme costituzionali e legali sono strutturate in base a determinati temi (ad es. categorie di prodotti, enti assicurativi ecc.) anziché a malattie o a fattori di rischio<sup>6</sup>.

### **Legislazione sui prodotti**

Molte leggi federali in materia sanitaria disciplinano l'uso di determinati prodotti e mirano in generale a garantire la protezione della salute. Introducendo ad esempio l'obbligo di informare la collettività, queste leggi forniscono un contributo importante alla prevenzione e alla promozione della salute. Tra di esse troviamo in particolare la legge sugli stupefacenti, la legge sugli agenti terapeutici, la legge sui prodotti chimici, la legge sulla radioprotezione e la legislazione sulle derrate alimentari<sup>7</sup>. Queste normative contengono però in parte anche disposizioni che potrebbero fungere da base per l'adozione di misure specifiche di prevenzione e promozione della salute nel settore corrispondente.

Nell'ambito della legislazione sui prodotti, si devono menzionare alcune disposizioni che concernono altri settori, tra cui la legge sull'alcol del 21 giugno 1932<sup>8</sup> (LAlc), che contiene restrizioni e divieti di consegna delle bevande agli adolescenti o limitazioni della pubblicità per le bevande distillate. Limitazioni della pubblicità per le bevande alcoliche, il tabacco e gli agenti terapeutici sono sancite anche nella legge federale del 24 marzo 2006<sup>9</sup> sulla radiotelevisione (LRTV).

### **Legislazione fiscale**

L'articolo 43a LAlc prevede l'obbligo per la Confederazione di versare sussidi a organizzazioni e istituzioni nazionali e intercantonali impegnate nella lotta contro l'alcolismo. L'obbligo di devolvere ai Cantoni il 10 per cento del prodotto netto dell'imposizione delle bevande distillate («decima sull'alcol») è sancito non nella LAlc, bensì nell'articolo 131 capoverso 3 della Costituzione<sup>10</sup> (Cost.), in base al quale questi mezzi finanziari devono essere impiegati per prevenire e combattere le dipendenze.

La legge del 21 marzo 1969<sup>11</sup> sull'imposizione del tabacco (LImT) contiene la base legale che permette di finanziare il fondo di prevenzione del tabagismo (FPT) attraverso i prelievi sulle sigarette (art. 28). Il fondo sostiene misure volte a prevenire il consumo di tabacco, a sostenere chi vuole smettere di fumare e a proteggere la popolazione dal fumo passivo.

### **Lotta contro malattie specifiche**

Nel settore della lotta contro le malattie, la Confederazione ha esaurito solo parzialmente la sua competenza normativa di cui all'articolo 118 capoverso 2 lettera b

<sup>6</sup> Per i dettagli cfr. Ufficio federale della sanità pubblica: Prevenzione e promozione della salute in Svizzera, Berna 28 settembre 2007, pag. 15 segg. e allegato 1, pag. 5–7, consultabile nel sito [www.bag.admin.ch/pgf2010](http://www.bag.admin.ch/pgf2010).

<sup>7</sup> Legge del 3 ottobre 1951 sugli stupefacenti (LStup; RS **812.121**); legge del 15 dicembre 2000 sugli agenti terapeutici (LATer; RS **812.21**); legge del 15 dicembre 2000 sui prodotti chimici (LPChim; RS **813.1**); legge del 22 marzo 1991 sulla radioprotezione (LRaP; RS **814.50**); legge del 9 ottobre 1992 sulle derrate alimentari (LDer; RS **817.0**)

<sup>8</sup> RS **680**

<sup>9</sup> RS **784.40**

<sup>10</sup> RS **101**

<sup>11</sup> RS **641.31**

(Cost.). L'ha invece esaurita in particolare per quanto riguarda le malattie trasmissibili. Le misure di lotta contro le malattie trasmissibili contemplate nella legge del 18 dicembre 1970<sup>12</sup> sulle epidemie (LEp), tra cui l'obbligo di informazione volto a evitare la diffusione di queste malattie, hanno anche effetti preventivi. A titolo di esempio si possono citare la campagna STOP AIDS e le raccomandazioni sulle vaccinazioni. Del resto, anche diverse misure contro le zoonosi contemplate dalla legge del 1° luglio 1966<sup>13</sup> sulle epizootie sono finalizzate alla prevenzione.

Per quanto riguarda invece le malattie non trasmissibili, la Confederazione ha finora legiferato esclusivamente nell'ambito delle malattie reumatiche. La legge federale del 22 giugno 1962<sup>14</sup> concernente l'assegnazione di sussidi per la lotta contro le malattie reumatiche rappresenta per la Confederazione una base giuridica per il versamento di sussidi a organizzazioni nazionali attive nella lotta contro il reumatismo.

In esecuzione dell'iniziativa parlamentare Gutzwiller (04.476), il 31 maggio 2007 la Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio Nazionale ha deciso di regolamentare in una nuova legge speciale la protezione delle persone dagli effetti del fumo passivo<sup>15</sup>. La legge è stata approvata dal Parlamento il 3 ottobre 2008<sup>16</sup>.

### **Assicurazione contro le malattie e gli infortuni, salute e sicurezza sul lavoro**

La legge federale del 18 marzo 1994<sup>17</sup> sull'assicurazione malattie (LAMal) obbliga gli assicuratori a gestire con i Cantoni un'istituzione avente lo scopo di stimolare, coordinare e valutare misure di promozione della salute e di prevenzione delle malattie. Questa funzione è svolta oggi dalla fondazione Promozione Salute Svizzera (cfr. n. 1.2.2). Per finanziare i compiti di questa fondazione, è riscosso un supplemento sul premio dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Inoltre, quest'assicurazione assume i costi di determinati esami medici per la diagnosi precoce delle malattie e di misure preventive in favore di assicurati particolarmente a rischio.

La legge federale del 20 marzo 1981<sup>18</sup> sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF) contempla, oltre alle disposizioni sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni dei lavoratori (AINF), anche disposizioni in materia di sicurezza del lavoro e prevenzione degli infortuni non professionali. Anche in questo caso viene riscosso un premio supplementare per finanziare le misure. La legge del 13 marzo 1964<sup>19</sup> sul lavoro nell'industria, nell'artigianato e nel commercio (LL) va oltre la prevenzione degli infortuni e tutela meglio la salute (e la promozione della salute) dei lavoratori in azienda. Questa protezione si estende a un settore di rischio diverso dalla prevenzione delle malattie professionali ai sensi della LAINF. Misure per la prevenzione degli incidenti stradali sono invece disciplinate dalla legge del 19 dicembre 1958<sup>20</sup>

12 RS **818.101**

13 RS **916.40**

14 RS **818.21**

15 Rapporto della CSSS-CN del 1° giugno 2007, FF **2007** 5639

16 FF **2008** 7205

17 RS **832.10**

18 RS **832.20**

19 RS **822.11**

20 RS **741.01**

sulla circolazione stradale (LCStr) e dalla legge del 25 giugno 1976<sup>21</sup> concernente un contributo alla prevenzione degli infortuni nella circolazione stradale.

### **Disposizioni cantionali**

Tutti i Cantoni hanno emanato norme sulla prevenzione e sulla promozione della salute, che variano però notevolmente per portata e grado di dettaglio. Queste disposizioni sono integrate nelle costituzioni cantionali, nelle leggi sanitarie cantionali e in altre leggi settoriali su argomenti specifici, in ordinanze e regolamenti nonché in convenzioni intercantionali<sup>22</sup>.

### **1.2.2 Attori e organizzazione**

In Svizzera sono numerosi gli attori federali, cantionali e comunali – statali e no – impegnati nella prevenzione, nella promozione della salute e nella diagnosi precoce<sup>23</sup>. Le istituzioni attive a livello federale si occupano soprattutto della prevenzione delle dipendenze (alcol, tabacco, stupefacenti), della lotta contro le malattie trasmissibili, di alimentazione e sedentarietà/peso corporeo sano, della prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali nonché della prevenzione degli infortuni non professionali. I Cantoni e gli attori privati hanno dal canto loro un ruolo importante nella promozione della salute e nella prevenzione delle malattie non trasmissibili e di quelle mentali. Anche l'esecuzione della legislazione sulle epidemie, gli stupefacenti e il lavoro è di competenza dei Cantoni. A livello attuativo, la struttura federalistica della Svizzera ha consentito di acquisire un prezioso bagaglio di esperienze in tema di progettazione e realizzazione di misure concrete di prevenzione e promozione della salute, che tengono conto delle diverse esigenze cantionali e comunali.

Nella tabella 3 sono elencati gli attori che, in applicazione delle normative federali, progettano e attuano misure di prevenzione delle malattie o degli infortuni nonché misure di promozione della salute<sup>24</sup>. I servizi federali attivi nel settore della protezione della salute e dei consumatori (ossia sicurezza delle derrate alimentari, dei medicinali e degli agenti chimici, radioprotezione e protezione dell'ambiente) così come gli uffici federali che si occupano di altre politiche settoriali direttamente o indirettamente rilevanti per la salute come la pianificazione del territorio, il traffico o l'energia (cfr. commenti all'art. 2 cpv. 2 lett. e nonché all'art. 3 lett. h) non figurano nella tabella 3.

<sup>21</sup> RS 741.81

<sup>22</sup> In questa sede si rinuncia a fornire l'elenco completo di tutte le disposizioni cantionali, che possono però essere consultate tramite la banca dati dell'Istituto di federalismo: [www.lexfind.ch](http://www.lexfind.ch). Per maggiori informazioni si veda inoltre: Nationale Gesundheitspolitik Schweiz: Gesundheitspolitiken in der Schweiz – Potential für eine nationale Gesundheitspolitik. Berna, 2006.

<sup>23</sup> Cfr. Ufficio federale della sanità pubblica: Prevenzione e promozione della salute in Svizzera, Berna 28 settembre 2007, pag. 19 e segg. e allegato 2, pag. 5–7, consultabile al sito [www.bag.admin.ch/pgf2010](http://www.bag.admin.ch/pgf2010).

<sup>24</sup> Per maggiori informazioni sulle attività dei singoli attori cfr. Ufficio federale della sanità pubblica, Prevenzione e promozione della salute in Svizzera, Berna 28 settembre 2007, allegato 3 – consultabile nel sito [www.bag.admin.ch/pgf2010](http://www.bag.admin.ch/pgf2010).

## Attori con mandato federale

Istituzione	Basi giuridiche	Forma giuridica	Temi
Ufficio federale della sanità pubblica	OOrg-DFI, leggi settoriali	Unità dell'Amministrazione centrale	Malattie trasmissibili, prevenzione delle tossicodipendenze, dell'alcolismo e del tabagismo, alimentazione e attività fisica, migrazione e salute, cooperazione internazionale
Ufficio federale della migrazione	LAsi (art. 91)	Unità dell'Amministrazione centrale	Promozione di offerte di terapia e integrazione nel settore dell'asilo per persone che hanno subito traumi
Ufficio federale dello sport	OOrg-DDPS Settore ginnastica e sport	Unità dell'Amministrazione centrale	Promozione delle attività fisiche
Ufficio federale delle assicurazioni sociali	LAI (art. 74) LAVS (art. 101bis)	Unità dell'Amministrazione centrale	Sussidi alle leghe della salute
Ufficio federale delle strade	Org-DATEC, LCStr, art. 2a	Unità dell'Amministrazione centrale	Prevenzione degli infortuni stradali
Ufficio federale di veterinaria	Org-DFE, legge sulle epizootie	Unità dell'Amministrazione centrale	Sorveglianza e lotta contro le zoonosi
Direzione dello sviluppo e della cooperazione	OOrg-DFAE, Settore cooperazione internazionale allo sviluppo	Unità dell'Amministrazione centrale	Prevenzione e promozione della salute nell'ambito della cooperazione internazionale con i Paesi in sviluppo e dell'aiuto umanitario
Divisione politica V del DFAE	OOrg-DFAE	Unità dell'Amministrazione centrale	Cooperazione internazionale
Regia federale degli alcol	Org-DFE, LAlc, art. 43a	Ente di diritto pubblico	Prevenzione dell'alcolismo
Commissione federale di coordinamento per la sicurezza sul lavoro	LAINF, art. 85	Commissione amministrativa extraparlamentare	Sicurezza sul lavoro (prevenzione di infortuni professionali e malattie professionali)
Fondo di sicurezza stradale	Legge sul contributo alla prevenzione degli infortuni	Ente di diritto pubblico	Prevenzione degli infortuni stradali
Casse malati	LAMal, art. 19 e 26	Associazione, fondazione, SA, cooperativa o cassa pubblica	Copromotori della fondazione Promozione Salute Svizzera, finanziamento di prestazioni della prevenzione medica
Ufficio prevenzione infortuni	LAINF, art. 88	Fondazione di diritto privato	Prevenzione degli infortuni domestici, del tempo libero e della circolazione
Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni	LAINF, art. 61	Ente di diritto pubblico	Sicurezza del lavoro, promozione della salute a livello aziendale, prevenzione degli infortuni nel tempo libero
Segreteria di Stato dell'economia	Org-DFE LL, LSIT	Unità dell'Amministrazione centrale	Protezione della salute sul posto di lavoro, promozione della salute nelle aziende
Fondazione Promozione Salute Svizzera	LAMal, art. 19	Fondazione di diritto privato	Alimentazione e movimento, salute psichica, promozione della salute nelle aziende
Fondo per la prevenzione del tabagismo	LImT, art. 28, O sul fondo per la prevenzione del tabagismo	Fondo di diritto speciale (amministrato da un servizio specializzato dell'UFSP)	Prevenzione del tabagismo



## Forme di organizzazione e modelli di collaborazione

Le forme organizzative e i modelli di collaborazione nel campo della prevenzione e della promozione della salute sono disciplinati in modo più o meno denso a seconda dell'area tematica e presentano quindi caratteristiche diverse. La maggior parte delle strutture si è consolidata nel tempo.

- La *prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali* è regolamentata in maniera dettagliata ed è ben strutturata. La legge sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF)<sup>25</sup> definisce la funzione degli organi esecutivi della sicurezza del lavoro (autorità di vigilanza), il loro coordinamento, l'applicazione obbligatoria delle prescrizioni di legge e delle direttive nonché il finanziamento di misure concrete. La Commissione federale di coordinamento per la sicurezza sul lavoro (CFSL) funge da organo centrale di coordinamento.
- Anche per quanto riguarda la *prevenzione degli infortuni non professionali* il diritto federale esige il coordinamento e la collaborazione con gli altri istituti di prevenzione e promozione della salute. L'Ufficio prevenzione infortuni (upi) garantisce il coordinamento a livello nazionale. Il Fondo di sicurezza stradale (FSS) è competente per il coordinamento delle misure di prevenzione degli infortuni stradali.
- Meno chiare, invece, risultano essere l'organizzazione e la collaborazione nel campo della prevenzione e della diagnosi precoce delle malattie e della promozione della salute, soprattutto in ragione della ripartizione delle competenze tra Confederazione e Cantoni. Va detto però che l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) e la fondazione Promozione Salute Svizzera garantiscono, con i loro programmi nazionali di prevenzione e le loro strategie a lungo termine su temi prioritari, un certo coordinamento nei limiti della rispettiva sfera di competenza.

## Attori direttamente interessati dalle conseguenze organizzative della legge sulla prevenzione

- *Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP)*: ha il compito di proteggere e promuovere la salute intesa come benessere generale fisico, mentale e sociale e di fornire alla popolazione e alle cerchie attive nel settore sanitario le informazioni necessarie su questioni riguardanti la salute e lo sviluppo sanitario<sup>26</sup>. Ha un ruolo guida nella legislazione e nella sorveglianza nel settore della lotta alle malattie contagiose, ampiamente diffuse o maligne e in quello della prevenzione delle malattie da tossicodipendenza. Dal 1983 l'UFSP dispone di un ufficio di coordinamento per la prevenzione dell'alcolismo, del tabagismo e delle tossicodipendenze. In questi anni gli sforzi dell'UFSP nel campo della prevenzione hanno continuato a evolvere, tanto che attualmente sono in fase di attuazione cinque programmi nazionali di prevenzione (alcol, tabacco, alimentazione e attività fisica, HIV/Aids, migrazione e salute).

<sup>25</sup> RS 832.20

<sup>26</sup> Cfr. art. 9 dell'ordinanza del 28 giugno 2000 sull'organizzazione del Dipartimento federale dell'interno (RS 172.212.1).

- *Fondo per la prevenzione del tabagismo (TPF)*: a tenore dell'articolo 28 capoverso 2 lettera c LImT<sup>27</sup>, il fondo per la prevenzione del tabagismo è gestito da un'organizzazione di prevenzione sotto la vigilanza dell'UFSP in collaborazione con l'Ufficio federale dello sport (UFSPo). Nell'ambito dell'elaborazione dell'ordinanza del 5 marzo 2004<sup>28</sup> sul fondo per la prevenzione del tabagismo (OFPT), sono state analizzate nel dettaglio le diverse forme organizzative dal punto di vista giuridico ed economico. Sulla base di queste analisi il Consiglio federale ha optato per una soluzione interna, affidando l'esecuzione a un servizio specializzato dell'UFSP sotto sorveglianza del Dipartimento federale dell'interno (DFI) e rinunciando alla costituzione di una fondazione di diritto privato. Il controllo compete al Controllo federale delle finanze in virtù della legge del 28 giugno 1967<sup>29</sup> sul controllo delle finanze. Gli attivi del fondo sono gestiti separatamente dall'Amministrazione federale delle finanze (AFF)<sup>30</sup>. Questi accorgimenti giuridici e organizzativi sono stati adottati per garantire l'autonomia del fondo, visto in particolare che è integrato amministrativamente all'UFSP.

Il fondo è stato sottoposto a una valutazione esterna tre anni dopo l'entrata in vigore dell'OFPT (art. 14 cpv. 2 OFPT). Da questa valutazione, conclusasi il 27 novembre 2007 con un rapporto finale<sup>31</sup>, emerge che il fondo è ben organizzato e non presenta lacune tali da imporre in tempi brevi cambiamenti sul piano organizzativo. Oltre al Programma nazionale per la prevenzione del tabagismo<sup>32</sup>, a medio termine servono una base e una direzione strategiche del fondo così come un'implementazione definitiva. Abbiamo preso atto del rapporto di valutazione il 18 giugno 2008 e abbiamo deciso di approfondire la questione della direzione strategica nell'ambito degli ulteriori lavori per la legge sulla prevenzione.

- *Fondazione Promozione Salute Svizzera*: questa fondazione è stata istituita congiuntamente da Confederazione e Cantoni nel 1989 su iniziativa del Cantone di Vaud a seguito del fallimento della legge federale sulla prevenzione (cfr. n. 1.4.1). Fino al 1997 era una piccola agenzia intercantonale con un budget annuo di circa 1,2 milioni di franchi con il quale finanziava un segretariato incaricato di raccogliere e coordinare le informazioni sulle misure di promozione della salute. Il 1° gennaio 1996, dopo l'entrata in vigore degli articoli 19 e 20 LAMal<sup>33</sup>, gli assicuratori e i Cantoni incaricati di creare la prevista istituzione hanno ripreso le strutture formali della fondazione, adeguandole alle nuove esigenze legali. In analogia all'articolo 19 LAMal la fondazione, ora denominata «Fondazione 19», è tuttora di diritto privato, opera sulla base di un mandato federale sotto la sorveglianza della Confederazione ed è diretta da un organo – il consiglio di fondazione – nominato dal

<sup>27</sup> RS **641.31**

<sup>28</sup> RS **641.316**

<sup>29</sup> RS **614.0**

<sup>30</sup> Art. 60–62 della legge federale del 7 ottobre 2005 sulle finanze della Confederazione (RS **611.0**)

<sup>31</sup> Valutazione del Fondo per la prevenzione del tabagismo - rapporto finale del 26 novembre 2007 – disponibile nel sito [http://www.bag.admin.ch/tabak\\_praevention/00878/index.html?lang=it](http://www.bag.admin.ch/tabak_praevention/00878/index.html?lang=it).

<sup>32</sup> Programma nazionale tabacco 2008–2012 (PNT 2008–2012) – disponibile nel sito: <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00041/00613/index.html?lang=it>.

<sup>33</sup> RS **832.10**

DFI. Ufficialmente operativa dal 1° gennaio 1998, il suo compito principale è quello di stimolare, coordinare e valutare misure atte a promuovere la salute e a prevenire le malattie (art. 19 cpv. 2 LAMal). È finanziata attraverso il contributo annuo per la prevenzione generale delle malattie che ogni persona assicurata obbligatoriamente versa ai sensi dell'articolo 20 LAMal. A tenore dell'articolo 20 capoverso 2, l'importo di questo contributo, pari attualmente a 2,40 franchi l'anno, è fissato dal DFI su proposta della fondazione. Dopo la riorganizzazione del 2002, dal 2003 la fondazione è stata ribattezzata «Promozione Salute Svizzera».

Nell'autunno 2004, Promozione Salute Svizzera è stata sottoposta, su incarico del DFI, a una valutazione dettagliata da parte della società di consulenza PricewaterhouseCoopers, che si è concentrata sull'organizzazione della concessione di fondi, sugli effetti e l'utilità delle attività della fondazione. Sulla base delle raccomandazioni contenute nel rapporto di valutazione del 22 aprile 2005<sup>34</sup> la fondazione ha investito nel miglioramento della gestione orientata all'efficacia e ha elaborato una strategia a lungo termine per ottimizzare la distribuzione di fondi. Il 19 gennaio 2006 il consiglio di fondazione ha approvato la strategia (orizzonte 2018) nella quale fissa l'obiettivo strategico generale di rafforzare la promozione della salute e la prevenzione e due settori tematici «Peso corporeo sano» e «Salute psichica – stress»<sup>35</sup>.

### **Altri servizi federali parzialmente interessati dalle conseguenze organizzative della legge sulla prevenzione**

Nel campo della promozione della salute, l'Ufficio federale dello sport (UFSP)<sup>36</sup> ha messo a punto soprattutto progetti volti a promuovere l'attività fisica. L'obiettivo è duplice: offrire condizioni favorevoli a chi pratica più o meno intensamente uno sport o un'attività fisica e incoraggiare gli inattivi a fare movimento. Questo tipo di promozione non mira unicamente a migliorare la salute ma soprattutto a far conoscere gli effetti positivi dell'attività fisica sulla qualità di vita e a trasmettere una formazione unitaria, competenza sociale e integrazione. Con il programma G+S Kids l'UFSP si rivolge anche ai bambini d'età compresa tra i cinque e i dieci anni<sup>37</sup>.

La Segreteria di Stato dell'economia (SECO)<sup>38</sup> tratta temi concernenti la protezione della salute in azienda. In particolare, promuove il monitoraggio del lavoro e della salute e lo sviluppo di standard per la protezione della salute. Questi standard mirano alla tutela della salute fisica e psichica dei lavoratori e includono la prevenzione di malattie associate al lavoro come il mal di schiena, i dolori alle articolazioni o i sintomi dovuti allo stress. La SECO (così come la Suva) opera nel settore della promozione della salute in azienda.

<sup>34</sup> Consultabile nel sito:

<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00305/04216/index.html?lang=it>.

<sup>35</sup> Consultabile nel sito:

[http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pdf\\_doc\\_xls/i/Metanavigation/Langfr\\_Strategie\\_i.pdf](http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pdf_doc_xls/i/Metanavigation/Langfr_Strategie_i.pdf).

<sup>36</sup> Cfr. anche art. 15 dell'ordinanza del 7 marzo 2003 sull'organizzazione del Dipartimento federale della difesa, della protezione della popolazione e dello sport (OOrg-DDPS, RS **172.214.1**).

<sup>37</sup> Cfr. [http://www.jugendundsport.ch/internet/js/it/home/schwerpunkte/j\\_s-kids.html](http://www.jugendundsport.ch/internet/js/it/home/schwerpunkte/j_s-kids.html).

<sup>38</sup> Cfr. art. 5 dell'ordinanza del 14 giugno 1999 sull'organizzazione del Dipartimento federale dell'economia (Org-DFE, RS **172.216.1**).

Conformemente all'articolo 43a della legge sull'alcol<sup>39</sup>, la *Regia federale degli alcol (RFA)*<sup>40</sup> sostiene le organizzazioni che fanno opera di prevenzione, lottano contro l'alcolismo e sono attive nella ricerca, tra cui l'Istituto svizzero di prevenzione dell'alcolismo e altre tossicomanie (ISPA) e Radix.

### 1.2.3 Finanziamento

Nel 2007 la Svizzera ha investito 55,34 miliardi di franchi nel proprio sistema sanitario. I costi della sanità si sono così attestati al 10,8 per cento del prodotto interno lordo (PIL). La maggior parte di questi fondi (51 mia. fr. ovvero il 93 %) è stata assorbita dall'assistenza medica alla popolazione. Sempre nel 2007, secondo i rilevamenti statistici la spesa per la prevenzione ammontava a 1,28 miliardi di franchi, equivalenti al 2,3 per cento della spesa complessiva per il sistema sanitario nazionale. La Svizzera si posiziona così al di sotto della media dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE), calcolata al 2,7 per cento. Superano la media OCSE i Paesi Bassi (5,5 %), l'Ungheria (5,0 %), la Germania (4,8 %), gli Stati Uniti (3,9 %), la Finlandia (3,8 %), la Polonia (3,4 %), il Messico (3,3 %), l'Australia (3,1 %) e la Repubblica Ceca (2,9 %) <sup>41</sup>.

Tra il 1996 e il 2007 gli investimenti nel sistema sanitario svizzero sono aumentati del 45,9 per cento, vale a dire di 17,40 miliardi di franchi; nello stesso lasso di tempo, la spesa per la prevenzione e per la promozione della salute ha segnato una crescita del 28 per cento, pari a 280 milioni di franchi. In percentuale rispetto alle uscite complessive, la spesa per la prevenzione e per la promozione della salute è pertanto scesa dal 2,6 nel 1996 al 2,3 per cento nel 2007.

I dati riportati si basano sulla statistica finanziaria degli enti pubblici elaborata dall'AFF, che in relazione alla spesa per la prevenzione, la promozione della salute e la diagnosi precoce si rivela però solo parzialmente attendibile, dato che né a livello cantonale né a livello federale esiste una definizione univoca delle spese pubbliche da contabilizzare alla voce «prevenzione e promozione della salute», si può verificare una distorsione dei dati statistici.

*Tabella 4*

#### Spesa per la prevenzione secondo l'agente pagante<sup>42</sup>

Agente pagante	2006 mio. fr.	2007 mio. fr.	2006 in %	2007 in %
Confederazione	53,3	160,0 <sup>1</sup>	4,7	12,5
Cantoni <sup>2</sup>	250,5	257,5	21,9	20,1
Comuni <sup>2</sup>	129,0	129,0	11,3	10,1

<sup>39</sup> RS 680

<sup>40</sup> Cfr. obiettivi RFA, art. 25 dell'ordinanza dell'11 dicembre 2000 sull'organizzazione del Dipartimento federale delle finanze (Org-DFE, RS 172.215.1).

<sup>41</sup> Ufficio federale della sanità pubblica: Prevenzione e promozione della salute in Svizzera, Berna 28 settembre 2007, pag. 28 – consultabile nel sito [www.bag.admin.ch/pgf2010](http://www.bag.admin.ch/pgf2010).

<sup>42</sup> Ufficio federale di statistica: statistica dei costi e del finanziamento del sistema sanitario 2006 e 2007.

Agente pagante	2006 mio. fr.	2007 mio. fr.	2006 in %	2007 in %
Assicurazioni sociali	298,0	307,0	26,1	23,9
di cui				
– LAMal <sup>3</sup>	17,5	18,7	1,5	1,5
– LAINF <sup>4</sup>	122,2	123,4	10,7	9,6
– AVS/AI <sup>5</sup>	158,3	164,8	13,9	12,9
Economie domestiche private <sup>2</sup>	175,3	184,1	15,4	14,4
Altri finanziamenti privati <sup>1</sup>	235,2	244,9	20,6	19,1
<b>Totale<sup>6</sup></b>	<b>1 141,4</b>	<b>1 282,5</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

- <sup>1</sup> L'aumento rispetto al 2006 è riconducibile da un canto all'investimento di 70 milioni di franchi per l'acquisto del vaccino contro la pandemia influenzale e, dall'altro, a un cambiamento nella codificazione delle uscite federali.
- <sup>2</sup> Non è nota la destinazione esatta. Le cifre 2007 per le spese dei Comuni sono ancora provvisorie.
- <sup>3</sup> Spese della fondazione Promozione Salute Svizzera; non sono documentate le prestazioni per la medicina preventiva e per la diagnosi precoce ai sensi dell'art. 26 LAMal<sup>43</sup>.
- <sup>4</sup> Spese degli organi esecutivi preposti alla sicurezza del lavoro e degli organi preposti alla prevenzione degli infortuni non professionali.
- <sup>5</sup> L'importo indicato non comprende i contributi assicurativi dell'AVS e dell'AI alle organizzazioni private di aiuto agli invalidi né i contributi dell'AVS alle organizzazioni di aiuto alla vecchiaia.
- <sup>6</sup> Senza prestazioni della RFA, del FSS e del FPT

Tabella 5

**Spesa per la prevenzione e per la promozione della salute a livello federale, anno 2007 (senza costi del personale)<sup>44</sup>**

Fonte finanziaria	Istituzione e destinazione dei fondi	Spesa 2007
Risorse generali della Confederazione	<b>Ufficio federale della sanità pubblica</b>	<b>27,20 mio.</b>
	– Credito per la prevenzione	25,66 mio.
	– Contributi alla Lega polmonare svizzera	0,60 mio.
	– Contributi alla Lega svizzera contro il reumatismo	0,64 mio.
	– Contributi alla Società Svizzera di Nutrizione	0,30 mio.
	<b>Ufficio federale della migrazione</b>	<b>0,60 mio.</b>
	<b>Ufficio federale dello sport</b>	non calcolabile <sup>1</sup>
	<b>Ufficio federale delle strade</b>	non calcolabile <sup>2</sup>
	<b>Ufficio federale di veterinaria</b>	non calcolabile <sup>3</sup>
	<b>Segreteria di Stato dell'economia</b>	<b>0,40 mio.</b>
Tassa sull'alcol	<b>Regia federale degli alcool</b> (senza la decima dell'alcol)	<b>1,80 mio.</b>
Contributo per la prevenzione del tabagismo	<b>Fondo per la prevenzione del tabagismo</b>	<b>14,72 mio.</b>

<sup>43</sup> RS 832.10

<sup>44</sup> Fonte: Rapporti annuali 2007 e dati forniti dagli attori interessati.

Fonte finanziaria	Istituzione e destinazione dei fondi	Spesa 2007
Supplemento di premio per gli infortuni professionali	<b>Commissione federale di coordinamento per la sicurezza sul lavoro</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Spesa per attività proprie</li> <li>– Spesa della Suva (sicurezza sul lavoro)</li> <li>– Spesa delle organizzazioni specializzate degli ispettorati cantonali del lavoro</li> <li>– Spesa della SECO (ispettorato federale del lavoro)</li> </ul>	<b>106,47 mio.</b>  1,64 mio. 92,86 mio. 11,27 mio.  0,70 mio.
Supplemento di premio per gli infortuni non professionali	<b>Ufficio prevenzione infortuni</b> <b>Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni</b> (Sicurezza nel tempo libero, incluse spese per il personale)	<b>27,56 mio.</b> <b>6,54 mio.</b>
Supplemento di premio per l'assicurazione RC veicoli a motore	<b>Fondo di sicurezza stradale</b>	<b>19,18 mio.</b>
Supplemento di premio LAMal	<b>Fondazione Promozione Salute Svizzera</b>	<b>15,29 mio.</b>
Sussidi dell'assicurazione invalidità <sup>4</sup>	<b>Ufficio federale delle assicurazioni sociali</b> Contributi <ul style="list-style-type: none"> <li>– ad Aiuto Aids Svizzero</li> <li>– alla Lega contro il cancro</li> <li>– alla Lega polmonare svizzera</li> <li>– alla Lega svizzera contro il reumatismo</li> <li>– all'Associazione Svizzera per il Diabete</li> <li>– alla Società Svizzera per la Fibrosi Cistica</li> <li>– all'associazione svizzera Pro Mente Sana</li> </ul>	<b>15,06 mio.</b>  0,40 mio. 3,07 mio. 6,59 mio. 2,63 mio. 0,76 mio. 0,29 mio. 1,29 mio.
Premi LAMal	<b>Casse malati; santésuisse</b> (medicina preventiva)	non quantificabile <sup>5</sup>
<b>Totale</b>		<b>234,82 mio.</b>

<sup>1</sup> Non è possibile quantificare chiaramente le spese dell'Ufficio federale dello sport (UFSPO) a favore della prevenzione, dato che in linea di principio tutte le misure di questo ufficio sono volte a sostenere le prestazioni e la salute della popolazione attraverso lo sport e il movimento.

<sup>2</sup> L'Ufficio federale delle strade (USTRA) si prefigge di rendere la mobilità sulle strade quanto più sicura possibile. Pertanto, la prevenzione degli infortuni non rappresenta l'unica sua attività. Proprio per questo, non è possibile quantificare singolarmente le spese dell'Ufficio in questo settore specifico.

<sup>3</sup> Le spese dell'Ufficio federale di veterinaria (UFV) per la prevenzione delle zoonosi non possono essere calcolate con precisione poiché difficilmente distinguibili dalle spese generali dell'UFV per la lotta e la prevenzione delle epizootie.

<sup>4</sup> Ai sensi dell'articolo 101<sup>bis</sup> della legge federale del 20 dicembre 1946<sup>45</sup> sull'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti (LAVS), vengono inoltre versati sussidi annui all'Associazione Alzheimer Svizzera, a Parkinson Svizzera come anche alla Croce Rossa Svizzera. Questi sussidi non sono tuttavia destinati esplicitamente a misure di prevenzione o promozione della salute e non sono pertanto riportati in questa tabella.

<sup>5</sup> I costi per le prestazioni obbligatorie della medicina preventiva ai sensi dell'art. 26 LAMal<sup>46</sup> non sono documentati separatamente nelle statistiche degli assicuratori.

<sup>45</sup> RS 831.10

<sup>46</sup> RS 832.10

Nel 2007 le uscite complessive degli attori con mandato federale (cfr. tabella 3) ammontavano a circa 234 milioni di franchi (cfr. tabella 5). Dato che la maggior parte di queste uscite non è finanziata con il budget federale, questa cifra non corrisponde alle spese della Confederazione secondo la tabella 4.

Come menzionato in precedenza, in ragione della mancanza di una definizione unitaria di prevenzione e promozione della salute e in presenza di conti di Stato strutturati diversamente non è possibile effettuare confronti precisi tra le uscite dei singoli Cantoni in materia di prevenzione e promozione della salute. Stando ai dati disponibili, nel 2007, la quota della spesa destinata alla prevenzione e alla promozione della salute si è attestata in media al 3,3 per cento delle uscite complessive di ogni Cantone per il settore dell'assistenza sanitaria. Nel 2007 i Cantoni hanno investito complessivamente 257,5 milioni di franchi nella prevenzione, la promozione della salute e la diagnosi precoce. I fondi sono stati stanziati tra l'altro per finanziare la sanità scolastica, progetti e istituzioni nell'ambito della prevenzione e della promozione della salute (in particolare nel campo delle dipendenze) e contributi a leghe cantonali della salute.

#### **1.2.4 Efficacia delle misure di prevenzione e promozione della salute**

I servizi della Confederazione sono tenuti a garantire che le loro politiche, strategie e misure siano adeguate, efficaci ed economiche. Per sottolineare l'importanza di questo principio, la valutazione dell'efficacia effettuata nel 1999 in occasione della revisione totale è stata inserita nella Costituzione federale (art. 170 Cost.).

Tutti gli attori elencati sopra sottopongono regolarmente a verifica i loro interventi per valutarne l'efficacia. I risultati delle valutazioni evidenziano che le misure adottate sono generalmente adeguate ed efficaci. Da un'analisi incrociata di alcune di queste valutazioni emerge inoltre che gli aspetti illustrati di seguito sono da considerarsi fattori di successo d'importanza centrale per l'efficacia di una misura di prevenzione o di promozione della salute:

- elaborazione di un pacchetto di misure globale destinato contemporaneamente alla popolazione, a gruppi di persone specifici e a singoli individui<sup>47</sup>;
- inserimento di campagne mediatiche nei programmi di prevenzione, nei piani d'azione e nelle strategie della politica sanitaria;
- integrazione di diversi setting (ad es. scuola, posto di lavoro ecc.) e coinvolgimento di vari partner;
- ricorso a strategie e messaggi diversi in funzione del gruppo target (popolazione in generale, gruppi di persone specifici, singoli individui);
- lancio di azioni volte a modificare le norme sociali (ad es. astenersi dal fumo quale nuova abitudine sociale) allo scopo di promuovere l'adozione da parte del singolo di comportamenti preventivi o di uno stile di vita salutare;

<sup>47</sup> L'efficacia delle misure può essere incrementata ulteriormente se le attività vengono svolte contemporaneamente a livello nazionale, locale e individuale e vengono combinate con misure a lungo termine nel settore dell'educazione sanitaria.

- introduzione di misure legali e di strumenti di indirizzo specifici, tra cui ad esempio la riscossione di tasse d'incentivazione, limitazioni della vendita o tasse, ma anche incentivi positivi come sovvenzioni e contributi a progetti.

Come evidenziano le valutazioni dell'OMS, sono specialmente le misure strutturali (ad es. l'imposizione delle sigarette e delle bevande alcoliche come la birra, i superalcolici e gli alcopop) ad avere un impatto particolarmente positivo sui costi<sup>48</sup>. Per questo motivo, nel loro rapporto sul sistema sanitario svizzero l'OCSE e l'OMS raccomandano tra l'altro di accordare la priorità alle misure di cui sia comprovata l'efficacia dal punto di vista dei costi<sup>49</sup>. Tuttavia, le misure strutturali di prevenzione possono far sorgere controversie sul piano politico poiché hanno conseguenze finanziarie negative per le imprese coinvolte o comportano una restrizione della libertà economica. L'adozione di tali misure, quindi, presuppone sempre la segnalazione tempestiva di eventuali conflitti di obiettivi nonché un'attenta ponderazione tra due interessi pubblici: la protezione della salute della popolazione o di singoli gruppi di persone da malattie trasmissibili, fortemente diffuse o maligne, da un lato, e la tutela della libertà economica, dall'altro. Se però il bene della salute pubblica è ritenuto più prezioso degli interessi economici, lo Stato deve avvalersi della sua facoltà di limitare gli interessi privati.

### **1.3 Punti deboli del sistema attuale e necessità di intervento**

Il sistema attuale di prevenzione e promozione della salute presenta un punto debole cruciale: a differenza delle tre colonne portanti dell'assistenza medico-sanitaria (cure, riabilitazione e assistenza), la prevenzione e la promozione della salute non poggiano attualmente su basi concettuali, politiche, organizzative e giuridiche sufficientemente solide – ad eccezione della lotta contro le malattie trasmissibili, dei provvedimenti per la prevenzione delle dipendenze e delle malattie professionali nonché della prevenzione degli infortuni. In molti settori della prevenzione delle malattie e della promozione della salute, questa debolezza strutturale si traduce in una mancanza di indirizzo strategico e di coordinamento, ma anche di trasparenza nell'offerta e nelle prestazioni. Inoltre, la separazione delle competenze ha generato una frammentazione delle misure – nonostante tutto molto numerose. Le misure di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce possono essere efficaci e durature solo se si coordinano le procedure su scala nazionale e si definiscono delle priorità. Lo stesso vale anche per l'efficienza dell'impiego delle risorse.

È quindi necessario intervenire in particolar modo nei seguenti cinque settori.

#### **Colmare le lacune esistenti nella legislazione federale**

Nonostante il mandato sancito nell'articolo 118 capoverso 2 lettera b della Costituzione, alla Confederazione mancano le basi legali per operare attivamente nell'ambito della prevenzione e della diagnosi precoce di malattie non trasmissibili e mentali, fortemente diffuse o maligne. Data l'importanza di queste malattie per la

<sup>48</sup> Cfr. al riguardo [www.who.int/choice](http://www.who.int/choice) e Ufficio federale della sanità pubblica: Prevenzione e promozione della salute in Svizzera, Berna, 28 settembre 2007, pag. 45 seg. – consultabile nel sito [www.bag.admin.ch/pgf2010](http://www.bag.admin.ch/pgf2010).

<sup>49</sup> OCSE e OMS: Examens de l'OCDE des systèmes de santé. Suisse. Parigi, 2006, pag. 161 (disponibile in francese e inglese).



salute pubblica e per l'evoluzione dei costi sanitari (cfr. n. 1.1.1), si tratta di una lacuna che occorre colmare. Se è vero che queste malattie possono essere contrastate prima di tutto con misure volontarie che si ispirano ai principi dell'educazione, della responsabilizzazione e dell'informazione, è altrettanto vero che i principi dello Stato di diritto (principio di legalità) richiedono migliori basi giuridiche anche in questo ambito.

### **Necessità di una strategia globale di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce**

Oggi, nel campo della prevenzione, della promozione della salute e della diagnosi precoce manca una strategia globale incentrata su obiettivi prioritari. La situazione risulta piuttosto confusa in ragione dei vari attori coinvolti in virtù delle diverse leggi settoriali, delle diverse forme organizzative e di collaborazione, ma anche delle diverse priorità fissate a livello cantonale. Sono numerosi i doppioni e le sovrapposizioni di competenze, per non parlare delle lacune (in particolare nel settore della prevenzione e della diagnosi precoce di malattie psichiche) nelle offerte di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce.

### **Rafforzamento del ruolo della Confederazione e definizione della ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni**

Nei settori in cui, in applicazione delle leggi settoriali esistenti, si è andata consolidando una tradizione a livello di collaborazione e ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni (ad es. prevenzione delle dipendenze, lotta contro le malattie trasmissibili), si è raggiunto un buon livello di gestione congiunta dei compiti. Per molte delle nuove problematiche, tra cui la prevenzione delle malattie mentali, l'introduzione su scala nazionale di misure di screening per la diagnosi precoce di patologie tumorali o misure coordinate per la prevenzione del bisogno di cure, non vi è invece – o non vi è ancora – una strategia congiunta, non da ultimo poiché manca una base legale a livello federale. Ciò genera un clima d'incertezza in particolare in seno alle organizzazioni private attive nel campo della prevenzione e della promozione della salute. Molti Cantoni auspicano che la Confederazione assuma un ruolo più attivo nell'esecuzione dei compiti più complessi. La Confederazione in particolare dovrebbe concentrarsi sui compiti d'importanza nazionale nei settori della consulenza, dell'informazione e del coordinamento dell'esecuzione.

### **Migliorare la gestione politica e l'impiego dei prelievi a favore della prevenzione**

Le modalità con cui è attualmente gestito l'utilizzo dei prelievi a favore della prevenzione (e in particolare del supplemento di premio LAMal) da parte della fondazione Promozione Salute Svizzera non favoriscono un impiego ottimale delle risorse (cfr. n. 1.2.2). Incide inoltre negativamente il fatto che le delimitazioni tra vigilanza (controllo politico-giuridico), assegnazione delle risorse e attuazione siano tutt'altro che chiare.

Benché il DFI vigili sulle attività della fondazione Promozione Salute Svizzera, i bilanci, i conti e il rapporto d'attività devono essere presentati per approvazione all'UFSP (art. 20 cpv. 3 LAMal<sup>50</sup>). La definizione dell'indirizzo strategico nel rispetto del quadro legale compete tuttavia agli organi della fondazione. Senza una

base legale pertinente, la Confederazione ha quindi un margine di coordinamento molto limitato.

Inoltre, dalla valutazione del fondo per la prevenzione del tabagismo conclusasi nel novembre 2007 (cfr. n. 1.2.2) emerge che sarebbe opportuno ottimizzare anche la gestione strategica del fondo.

Problemi di gestione e coordinamento sorgono inoltre poiché i prelievi a favore della prevenzione sono amministrati da due uffici distinti: un servizio specializzato dell'UFSP amministra i prelievi sul tabacco, mentre la gestione del supplemento sul premio LAMal è affidata a Promozione Salute Svizzera, una fondazione di diritto privato. Ciò non corrisponde ai principi di governo d'impresa del Consiglio federale.

### **Finanziamento delle organizzazioni attive nel campo della prevenzione e della salute**

Le leghe della salute e altre organizzazioni di utilità pubblica attive nel campo della prevenzione e della diagnosi precoce di diverse malattie così come della promozione della salute adempiono compiti importanti. Chi però non percepisce aiuti finanziari ai sensi della legge federale del 19 giugno 1959<sup>51</sup> sull'assicurazione per l'invalidità (LAI) o della legge federale del 22 giugno 1962<sup>52</sup> concernente l'assegnazione di sussidi per la lotta contro le malattie reumatiche, non ha accesso ai finanziamenti statali, vista l'assenza di una base legale in tal senso. Questa lacuna va colmata.

## **1.4 Perché una nuova normativa?**

### **1.4.1 Proposte di riforma presentate negli anni Ottanta del secolo scorso**

Nel messaggio del 22 marzo 1978 sull'iniziativa popolare «Contro la pubblicità in favore dei prodotti che generano dipendenza» (cosiddetta «Iniziativa dei Giovani Buon-Templari») il nostro Consiglio aveva annunciato di voler presentare alle Camere federali, nel corso della legislatura 1979–1983, un disegno di legge sulla prevenzione<sup>53</sup>. La nuova normativa mirava in primo luogo a promuovere la prevenzione per mezzo dell'educazione sanitaria e di altre misure analoghe. Parallelamente, il Consiglio nazionale e il Consiglio degli Stati ci avevano chiesto, mediante la mozione Schaffner del 21 giugno 1978, di intensificare i lavori preliminari per l'elaborazione di una legge sulla prevenzione delle tossicomanie e di sottoporre in tempi brevi al Parlamento un disegno di legge.

Il 13 settembre 1979 il DFI ha costituito un gruppo di lavoro incaricato di elaborare un rapporto che avrebbe dovuto anche esplicitare le ripercussioni del progetto legislativo sul rapporto tra Confederazione e Cantoni nonché le conseguenze finanziarie.

<sup>51</sup> RS **831.20**

<sup>52</sup> RS **818.21**

<sup>53</sup> FF **1978 I 1057** segg.; l'iniziativa è stata respinta il 18 febbraio 1979 dal 59 per cento dei votanti.

Il rapporto del gruppo di lavoro è stato presentato il 15 settembre 1982 ed approvato<sup>54</sup>.

In base ai risultati della procedura di consultazione – e visto in particolare il parere negativo di quasi tutti i Cantoni – abbiamo deciso di rinunciare all’elaborazione di una legge sulla prevenzione<sup>55</sup>. In alternativa, il 3 dicembre 1984 abbiamo incaricato il DFI di esaminare la possibilità di istituire un fondo di prevenzione per sostenere finanziariamente le organizzazioni e i servizi specializzati già operativi o ancora da istituire in questo settore e potenziare l’informazione alla popolazione sulla profilassi, rafforzando i centri di documentazione. La decisione è stata concretizzata nel 1989 con la costituzione della fondazione Promozione Salute Svizzera, un’iniziativa del Cantone di Vaud realizzata congiuntamente dalla Confederazione e dai Cantoni (cfr. n. 1.2.2).

Dopo il fallimento della prima proposta di legge federale sulla prevenzione nel 1984, l’attenzione della politica sanitaria si è focalizzata sulla medicina curativa e sul finanziamento dei sistemi di assistenza sanitaria.

## 1.4.2 Lavori preliminari

Nella convinzione che le condizioni di salute comparativamente buone della popolazione svizzera possono essere mantenute a lungo termine solo definendo nuove priorità politiche anche nel settore della prevenzione e della promozione della salute, nell’autunno 2004 il DFI ha incaricato l’UFSP di sottoporre ad un esame critico le disposizioni legali vigenti in materia, in vista dell’eventuale elaborazione di una nuova legge sulla prevenzione. L’UFSP è giunto alla conclusione che un’eventuale legge sulla prevenzione può fondarsi sulla base costituzionale esistente (art. 118 Cost.).

### Commissione di esperti «Prevenzione + promozione della salute»

Il 5 settembre 2005 il DFI ha costituito la Commissione di esperti «Prevenzione + promozione della salute» (Commissione di esperti PPS2010) e l’ha incaricata di esaminare i requisiti tecnici e contenutistici nonché la fattibilità politica di un nuovo disciplinamento in materia. Nel giugno 2006 la Commissione ha sottoposto al DFI un rapporto sul futuro della prevenzione e della promozione della salute nel quale figurano tra l’altro una serie di raccomandazioni sulle misure da adottare per rafforzare la prevenzione e la promozione della salute<sup>56</sup>, in particolare:

- rafforzare la prevenzione e la promozione della salute nel sistema e nella politica sanitaria e in altre politiche settoriali quali quella ambientale, dell’educazione, economica o sociale;

<sup>54</sup> Gruppo di lavoro per l’elaborazione delle basi per una legge federale sulla prevenzione delle malattie: Bericht über die Vorarbeiten zur Schaffung eines Bundesgesetzes über Krankheitsvorbeugung (Rapporto sui lavori preliminari per una legge federale sulla prevenzione delle malattie), Berna, agosto 1982.

<sup>55</sup> FF 1984 I 136 e 168 (Rapporto sulle linee direttive della politica di governo del 13 gennaio 1984)

<sup>56</sup> L’avvenire della prevenzione e della promozione della salute in Svizzera. Rapporto della Commissione di esperti «Prevenzione + promozione della salute» a destinazione del Dipartimento federale dell’interno, Berna, giugno 2006, in tedesco e francese, consultabile nel link [www.bag.admin.ch/pps2010](http://www.bag.admin.ch/pps2010).

- stabilire un processo strutturato, partecipativo e continuo per l’elaborazione di obiettivi sanitari nazionali nel settore della prevenzione e della promozione della salute allo scopo di migliorare la gestione strategica e il coordinamento delle misure;
- tener conto del principio di sussidiarietà a livello di attuazione e di misure (pluralità degli attori) e ampliare i compiti e le competenze degli assicuratori sociali (AMal, AInf, AI);
- istituire un ente nazionale per la prevenzione delle malattie e la promozione della salute (fusione delle strutture già operative), raggruppare le fonti di finanziamento esistenti e ridurre la destinazione vincolata del gettito delle imposte sul consumo;
- varare una legge federale sulla prevenzione e sulla promozione della salute (legge quadro) nonché una legge federale per lottare contro le malattie non trasmissibili (in particolare anche contro i disturbi mentali);
- verificare sistematicamente gli effetti sulla salute delle decisioni politiche e degli atti normativi.

### **Rapporto OCSE e OMS**

Nell’ambito della verifica del sistema sanitario svizzero, commissionata nella primavera 2005 dal Capo del DFI all’OCSE e all’OMS, sono stati analizzati il sistema di assistenza sanitaria e il settore «sanità pubblica».

I risultati della verifica sono stati pubblicati nell’ottobre 2006 nel rapporto sul sistema sanitario svizzero<sup>57</sup>. Nello studio, l’OCSE e l’OMS concludono che la Svizzera dovrebbe aspirare a un miglior equilibrio tra prevenzione e medicina curativa, tanto più che la molteplicità di competenze ha generato attività disperate e per lo più non coordinate nonostante l’elevato numero di programmi e progetti. Per migliorare il sistema le due organizzazioni propongono tra l’altro di:

- coordinare le politiche per mezzo di una legge quadro sulla prevenzione e sulla promozione della salute;
- concentrarsi su tematiche particolarmente importanti per la salute pubblica (ad es. prevenzione del tabagismo, consumo di alcolici e regolamentazione sull’apporto di sale) o su quelli ai quali è stata attribuita troppa poca importanza in passato (ad es. salute mentale, alimentazione equilibrata e attività fisica regolare);
- promuovere misure di prevenzione che presentano un buon rapporto tra costi e benefici;
- estendere alcuni programmi di diagnosi precoce dei tumori, in particolare per il tumore al seno;
- introdurre incentivi per investire nel settore della prevenzione e della promozione della salute.

<sup>57</sup> OCSE e OMS: Rapporti OCSE sui sistemi sanitari. Svizzera. Parigi, 2006.

## **Mandato per una nuova legge nel settembre 2007**

Dando seguito a queste raccomandazioni, il 28 settembre 2007 abbiamo affidato al DFI l'incarico di elaborare entro l'autunno 2008 un avamprogetto che sancisse le basi giuridiche necessarie. Il progetto doveva tener conto dei lavori preliminari e delle raccomandazioni della Commissione di esperti PPS2010, di quelle dell'OCSE e dell'OMS<sup>58</sup>.

Secondo la nostra decisione, la nuova base legale doveva disciplinare in particolare i seguenti aspetti:

- misure della Confederazione e dei Cantoni volte alla prevenzione di malattie non trasmissibili e di malattie mentali, che sono fortemente diffuse o maligne (art. 118 cpv. 2 lett. b Cost.);
- coordinamento e orientamento condiviso delle attività di prevenzione e di promozione della salute della Confederazione, dei Cantoni e degli attori privati attraverso obiettivi elaborati e definiti a livello nazionale;
- coordinamento delle attività di prevenzione e di promozione della salute condotte dai servizi federali per mezzo di una strategia del Consiglio federale per la prevenzione e per la promozione della salute;
- semplificazione e riorganizzazione delle strutture di prevenzione nel rispetto dei principi di governo d'impresa del Consiglio federale<sup>59</sup> (corporate governance); in particolare riassetto della gestione dei prelievi a favore della prevenzione (tassa per la prevenzione del tabagismo prelevata in virtù dell'art. 28 LImT<sup>60</sup> e supplemento di premio LAMal prelevato in virtù dell'art. 20 LAMal<sup>61</sup>) nonché adeguamento delle basi giuridiche vigenti.

## **2 Punti essenziali del progetto**

### **2.1 Varianti esaminate**

Diverse alternative vagliate nel corso dei lavori preliminari sono state scartate per le considerazioni esposte qui di seguito.

#### **Nuovo articolo costituzionale**

Alla luce dei lavori preliminari svolti dalla commissione di esperti PPS 2010 (cfr. n. 1.4.2) era evidente che l'introduzione di nuove basi legali costituiva una premessa indispensabile per rafforzare la prevenzione e la promozione della salute. La commissione PPS 2010 proponeva inoltre di integrare la promozione della salute nella Costituzione, in particolare di inserirla nell'elenco degli obiettivi sociali (art. 41 Cost.) oppure nella definizione degli obiettivi dell'articolo costituzionale sulla protezione della salute (art. 118 cpv. 1 Cost.). In questo modo la promozione della

<sup>58</sup> Cfr. comunicato stampa del Dipartimento federale dell'interno del 28 settembre 2007 (<http://www.news.admin.ch/message/index.html?lang=it&msg-id=14881>)

<sup>59</sup> Rapporto del Consiglio federale sullo scorporo e la gestione strategica di compiti della Confederazione (Rapporto sul governo d'impresa) del 13 settembre 2006; FF **2006** 7545

<sup>60</sup> RS **641.31**

<sup>61</sup> RS **832.10**

salute acquistava maggior peso ed era rafforzata la responsabilità della Confederazione in questo ambito<sup>62</sup>.

Già all'inizio dei lavori preliminari ci si è però resi conto che, per inserire nella legge il settore chiave della prevenzione, della promozione della salute e della diagnosi precoce, ossia la lotta contro le malattie trasmissibili, ampiamente diffuse o maligne e il conseguente abbattimento dei costi sanitari, le basi costituzionali esistenti (in particolare art. 177 e art. 118 cpv. 2 Cost.) erano sufficienti. Per questo motivo la proposta di modifica costituzionale è stata accantonata.

### **Integrazione della prevenzione infortuni nel campo di applicazione**

Le raccomandazioni della commissione di esperti PPS 2010 partivano dal presupposto che, a causa delle molteplici sovrapposizioni di contenuto tra prevenzione malattie e prevenzione infortuni (cfr. commento all'art. 10), un nuovo disciplinamento giuridico dovesse comprendere entrambi i sottosectori. Nel contempo, la commissione di esperti giungeva alla conclusione che, nel settore della prevenzione degli infortuni non professionali e degli incidenti della circolazione nonché in quello della sicurezza sul lavoro e della prevenzione degli infortuni professionali, non era necessario apportare nessuna modifica né alle vigenti regolamentazioni in materia di competenze, né alla loro attuazione organizzativa. Alla luce di questa constatazione e del fatto che, a causa del principio dell'equivalenza di gruppo<sup>63</sup>, i supplementi di premio per finanziare la prevenzione infortuni (cfr. tabella 5) possono essere impiegati solo per scopi ben precisi, si è deciso di rinunciare all'integrazione della prevenzione infortuni nel campo di applicazione della legge sulla prevenzione.

### **Varianti di impostazione tecnico-legislativa respinte**

Nell'ambito dei lavori preliminari sono state esaminate diverse varianti di impostazione tecnico-legislativa della legge sulla prevenzione. Le seguenti varianti sono state bocciate.

- *Atto mantello*: invece di una legge sulla prevenzione, integrazione nelle vigenti leggi (ad es. LEp<sup>64</sup>, legge del 3 ottobre 1951<sup>65</sup> sugli stupefacenti [LStup] o legge del 9 ottobre 1992<sup>66</sup> sulle derrate alimentari [LDerr]) delle disposizioni necessarie per migliorare la gestione strategica e il coordinamento. La modifica di singole leggi federali non sarebbe però stata sufficiente per colmare le lacune legali esistenti nell'ambito della prevenzione e della diagnosi precoce di malattie non trasmissibili e mentali.
- *Estensione del campo di applicazione della legge sulle epidemie*: un'estensione del campo di applicazione della LEp alle malattie non trasmissibili non è stata ritenuta opportuna, in quanto lo scopo primo di tale legge è garantire la sicurezza della popolazione, ed è stata pertanto abbandonata.

<sup>62</sup> Avenir de la prévention et de la promotion de la santé en Suisse. Rapport de la Commission spécialisée «Prévention + Promotion de la santé» à l'attention du Département fédéral de l'intérieur (DFI), Berna, giugno 2006; pag. 34 – disponibile in francese e tedesco all'indirizzo web: [www.bag.admin.ch/pgf2010](http://www.bag.admin.ch/pgf2010).

<sup>63</sup> Tra coloro che sono tenuti a versare il supplemento al premio LAMal e i beneficiari deve sussistere una corrispondenza sufficientemente stretta.

<sup>64</sup> RS 818.101

<sup>65</sup> RS 812.121

<sup>66</sup> RS 817

- *Legge generale sulla prevenzione*: il modello di una legge generale sulla prevenzione prevedeva di riunire in un unico atto normativo le nuove prescrizioni e le disposizioni specifiche già vigenti della LEp, della LStup, della LAlc<sup>67</sup>, della LDerr o di altre leggi affini in stretta correlazione con la prevenzione e la promozione della salute. Il modello avrebbe consentito di regolamentare nella stessa legge, oltre agli aspetti giuridici relativi all'organizzazione e al finanziamento, anche le misure di prevenzione strutturali. Malgrado questo vantaggio, la variante è stata accantonata in quanto estraendo le disposizioni sulla prevenzione dalla legislazione, in particolare da quella sui prodotti, il nesso tematico sarebbe andato completamente perso.

### **Atto normativo organizzativo separato per l'Istituto svizzero per la prevenzione e per la promozione della salute**

Per sottolineare la separazione tra le disposizioni inerenti ai compiti e quelle inerenti all'organizzazione, sono stati messi in consultazione due avamprogetti separati: l'avamprogetto per una legge federale sull'Istituto svizzero per la prevenzione e per la promozione della salute, che disciplina l'organizzazione del previsto Istituto e la gestione strategica e la vigilanza da parte della Confederazione e l'avamprogetto di una legge sulla prevenzione (cfr. n. 2.2.1). Dal profilo economico-amministrativo, questa procedura intendeva consentire di elaborare e discutere separatamente la tematica giuridico-organizzativa. D'altro canto, nel corso dei lavori è emerso che, per i destinatari, la separazione in due leggi distinte risultava meno trasparente e, dal punto di vista tecnico-legislativo, più complicata rispetto all'emanazione di un'unica legge. Poiché la creazione dell'Istituto come unità amministrativa decentrata costituisce un elemento importante ai fini dell'auspicato rafforzamento della prevenzione e della promozione della salute, l'integrazione nel disegno di legge sulla prevenzione delle disposizioni organizzative relative all'Istituto è opportuna e appropriata.

## **2.2 Risultati della procedura preliminare**

### **2.2.1 Risultati della procedura di consultazione**

Il 25 giugno 2008 il Consiglio federale ha avviato la procedura di consultazione relativa agli avamprogetti della legge federale sulla prevenzione e sulla promozione della salute (Legge sulla prevenzione [LPrev]) e della legge federale sull'Istituto svizzero per la prevenzione e per la promozione della salute<sup>68</sup>. La procedura si è conclusa il 31 ottobre 2008.

All'invito a pronunciarsi hanno risposto tutti i 26 Cantoni, 8 partiti e 114 altre organizzazioni e istituzioni. Sono inoltre pervenuti 85 pareri di organizzazioni e privati non invitati a partecipare.

Il 25 febbraio 2009 il nostro Consiglio ha preso atto del rapporto sui risultati della procedura di consultazione<sup>69</sup> riportati qui di seguito in forma sintetica.

<sup>67</sup> RS 680

<sup>68</sup> FF 2008 5159; Documentazione sulla procedura di consultazione disponibile all'indirizzo <http://www.admin.ch/ch/i/gg/pc/ind2008.html>.

In merito alla suddivisione in due atti normativi cfr. n. 2.1.

<sup>69</sup> Rapporto sulla procedura di consultazione disponibile all'indirizzo <http://www.admin.ch/ch/i/gg/pc/ind2008.html>.

## **Legge federale sulla prevenzione e sulla promozione della salute**

Quasi tre quarti dei partecipanti alla consultazione (per un totale di 173 partecipanti) hanno approvato la nostra proposta di dotare il settore della prevenzione e della promozione della salute di una solida base giuridica. Tra questi figurano la maggioranza dei Cantoni (19 su 26), 5 partiti (*PCS, PEV, PLR, Verdi, PS*) e alcuni attori della politica sanitaria come la Federazione dei medici svizzeri (*FMH*), *Interpharma*, *Santésuisse*, l'*Associazione Svizzera d'Assicurazioni*, *Public Health Schweiz* e la *Conferenza nazionale svizzera delle leghe per la salute* (GELIKO).

Tra gli aspetti particolarmente apprezzati spiccano l'eliminazione delle lacune legislative nella prevenzione di malattie non trasmissibili e mentali, il miglioramento della gestione strategica e del coordinamento, le misure di promozione previste dalla Confederazione come pure l'armonizzazione e l'organizzazione più sistematica del rilevamento dei dati.

In 21 pareri, tra cui quello di 5 Cantoni (*AG, AR, GR, TI, ZG*), del *PPD*, di 7 associazioni economiche (tra cui *Economiesuisse*) e della *fondazione Promozione Salute Svizzera*, sono state formulate grosse riserve sull'avamprogetto ed è stata chiesta una rielaborazione sostanziale<sup>70</sup>. In linea di massima, però, i pareri concordano con l'emanazione da parte della Confederazione di una nuova base giuridica in materia di prevenzione e promozione della salute.

28 partecipanti, tra cui 2 Cantoni (*AI, GL*), 2 partiti (*UDC, UDF*) e 23 associazioni economiche (tra cui l'*Unione svizzera degli imprenditori*, l'*Unione svizzera delle arti e mestieri* e la *Allianz der Wirtschaft für eine massvolle Präventionspolitik*), hanno respinto per principio l'avamprogetto. A loro modo di vedere, ai fini di una politica di prevenzione ragionevole e appropriata, le disposizioni di legge vigenti sarebbero sufficienti.

### **Legge federale sull'Istituto svizzero per la prevenzione e per la promozione della salute**

Poco più di due terzi dei partecipanti hanno accolto positivamente la nostra proposta di creare un centro di competenza nazionale per la prevenzione e la promozione della salute sotto forma di un ente di diritto pubblico (Istituto svizzero per la prevenzione e per la promozione della salute). Tra essi figurano la maggior parte dei Cantoni (19 su 26) e tre partiti (*PCS, Verdi, PS*).

52 partecipanti, tra cui 7 Cantoni (*AI, AR, GL, GR, LU, TI, ZG*), 2 partiti (*UDF, UDC*) e 30 associazioni economiche nonché *Santésuisse* e l'*Associazione Svizzera d'Assicurazioni*, si sono detti contrari all'istituzione di un nuovo ente. Altri 12, tra cui il *PLR* e la *fondazione Promozione Salute Svizzera*, hanno espresso riserve sul modello proposto. Due le alternative avanzate: mantenere in seno all'Amministrazione centrale (UFSP) tutti i compiti che la Confederazione svolge nel settore della prevenzione e della promozione della salute oppure affidare i nuovi compiti alla *fondazione Promozione Salute Svizzera*, già operativa.

<sup>70</sup> Per i dettagli cfr. rapporto sui risultati della procedura di consultazione, pag. 13 segg. consultabile all'indirizzo <http://www.admin.ch/ch/i/gg/pc/ind2008.html>.



## Pareri specifici

I seguenti aspetti hanno sollevato forti obiezioni.

- *Promozione della salute*: secondo 2 Cantoni e 17 altri partecipanti la nuova legge non dà sufficiente risalto all'importanza della promozione della salute. In 33 pareri si deplora il fatto che l'avamprogetto non tenga sufficientemente conto della prevenzione strutturale.
- *Diagnosi precoce*: secondo 5 Cantoni, il PCS e 12 organizzazioni la diagnosi precoce può rientrare nell'oggetto della legge solo se vengono messi a disposizione i mezzi finanziari necessari. 6 Cantoni e 6 altri partecipanti sono contrari al fatto che i compiti dell'assicurazione malattia vengano confusi con quelli dei servizi sanitari pubblici e ritengono che la diagnosi precoce debba essere disciplinata unicamente dalla legge sull'assicurazione malattie (LAMal)<sup>71</sup>.
- *Ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni*: 4 Cantoni respingono la delega di compiti prevista dall'articolo 11 dell'avamprogetto. Secondo la Conferenza dei direttori cantonali delle finanze e il Cantone GL l'avamprogetto sposta troppo il baricentro verso la Confederazione. Occorre quindi prestare particolare attenzione a come viene impostata la partecipazione qualificata dei Cantoni e a come viene garantito loro un margine di autonomia. Inoltre, secondo 11 Cantoni e 5 organizzazioni i registri diagnostici devono essere gestiti dalla Confederazione anziché dai Cantoni e finanziati con mezzi del bilancio della Confederazione.
- *Possibilità di partecipare all'elaborazione degli strumenti di gestione strategica*: 8 Cantoni auspicano un diritto di codecisione determinante e qualificato nell'elaborazione degli strumenti di gestione strategica. 47 organizzazioni chiedono che i Cantoni e le organizzazioni private attive nella prevenzione e nella promozione della salute partecipino come partner con pari diritti alla definizione degli obiettivi nazionali e all'elaborazione della strategia del Consiglio federale.
- *Finanziamento*: 9 Cantoni e la Conferenza dei direttori cantonali delle finanze sono del parere che la nuova legge non debba comportare ulteriori oneri finanziari a carico dei Cantoni. Semmai, tali oneri dovrebbero essere assunti dalla Confederazione. 20 Cantoni chiedono inoltre che venga loro destinata una quota – stabilita per legge o dal Consiglio federale – dei prelievi a favore della prevenzione (tassa per la prevenzione del tabagismo e supplemento al premio LAMal). Oltre 60 partecipanti alla consultazione chiedono, a garanzia della durabilità della prevenzione, un aumento generale dei mezzi finanziari. Mentre PEV e PS auspicano un aumento dei mezzi finanziari per la prevenzione e la promozione della salute, PPD e PLR respingono categoricamente un aumento delle spese federali. Il PLR e alcune associazioni economiche si dicono contrari anche a un aumento del supplemento al premio LAMal.
- *Compiti dell'Istituto*: per evitare una commistione di ruoli, 20 Cantoni, il PCS e i Verdi nonché 35 altre organizzazioni ritengono che l'Istituto, concepito come centro di competenza, non dovrebbe occuparsi anche della

71 RS 832.10

ripartizione del gettito proveniente dai prelievi a favore della prevenzione e propongono di istituire un organismo indipendente incaricato di tale compito.

- *Composizione del consiglio d'istituto: 6 Cantoni e 42 altri partecipanti* chiedono che la rappresentanza degli attori in seno al consiglio d'istituto sia sancita esplicitamente nella legge.

## 2.2.2 Rielaborazione dell'avamprogetto

Preso atto del rapporto sui risultati della procedura di consultazione, abbiamo incaricato il DFI di rielaborare l'avamprogetto di legge e di redigere un messaggio<sup>72</sup>.

La rielaborazione ha toccato essenzialmente i seguenti punti.

- *Diagnosi precoce*: viste le crescenti richieste avanzate sul piano politico circa la possibilità di accedere a livello nazionale a programmi di diagnosi precoce di elevata qualità (in particolare screening mammografici)<sup>73</sup>, malgrado i dubbi espressi dalla maggioranza dei Cantoni e da alcune altre organizzazioni, il campo di applicazione della legge include tuttora la diagnosi precoce di malattie.
- *Finanziamento*: le modalità di utilizzo dei prelievi a favore della prevenzione sono state adeguate in modo che l'Istituto sia tenuto a impiegare una parte dei prelievi a favore della prevenzione per contributi globali a programmi cantonali che contribuiscono al raggiungimento degli obiettivi nazionali. Nella nuova formulazione della destinazione dei prelievi a favore della prevenzione è stato inoltre considerato che, per ragioni costituzionali, il supplemento al premio LAMal può essere utilizzato unicamente per il finanziamento di misure destinate a ridurre i costi a carico dell'AMal<sup>74</sup>.
- *Organizzazione a livello federale*: malgrado le critiche emerse nell'ambito della procedura di consultazione in merito alla forma organizzativa scelta per l'Istituto, la creazione di quest'ultimo è stata riconfermata. Le disposizioni relative alla nomina del consiglio d'istituto, composto da nove membri, sono state tuttavia modificate in modo da assicurare ai Cantoni il diritto di proporre tre membri e agli assicuratori di cui all'articolo 11 LAMal<sup>75</sup> il diritto di proporre uno. Inoltre, le disposizioni organizzative contemplate nell'avamprogetto della legge federale sull'Istituto svizzero per la prevenzione e per la promozione della salute sono state integrate nel disegno di legge sulla prevenzione.

<sup>72</sup> Cfr. comunicato stampa del Dipartimento federale dell'interno del 25 febbraio 2009 (<http://www.news.admin.ch/dokumentation/00002/00015/index.html?lang=it&msgid=25503>).

<sup>73</sup> Cfr. le iniziative parlamentari «05.464 Ives Guisan. Diagnosi precoce del cancro», «05.465 Heim Bea. Diagnosi precoce del cancro» e «05.467 Meyer-Kaelin Thérèse. Diagnosi precoce del cancro – parità di trattamento», alle quali le commissioni competenti di entrambe le Camere hanno dato seguito.

<sup>74</sup> Cfr. parere dell'Ufficio federale di giustizia del 16 dicembre 2008 sulla costituzionalità del prelievo a favore della prevenzione nel settore della prevenzione delle malattie (art. 20 LAMal) disponibile solo in tedesco all'indirizzo [www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00388/01811/05047/index.html?lang=de](http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00388/01811/05047/index.html?lang=de).

<sup>75</sup> RS 832.10

- *Compiti dell’Istituto*: contrariamente all’avamprogetto, la ripartizione dei compiti tra Amministrazione centrale e Istituto è stata disciplinata nella legge. Non è però stato dato seguito alla richiesta avanzata dalla maggioranza dei Cantoni e da numerose altre organizzazioni di istituire un’ulteriore organismo incaricato di gestire i prelievi a favore della prevenzione; al fine di mantenere le sinergie tra sostegno tecnico e finanziario questo compito è stato lasciato all’Istituto.
- *Registri diagnostici*: la questione se affidare o meno alla Confederazione il compito di gestire i registri diagnostici e quali basi legali federali creare affinché i dati su determinate malattie (ad es. tumori) vengano rilevati in tutti i Cantoni e raccolti in appositi registri nazionali in base a criteri unitari è oggetto di ulteriori approfondimenti. Una normativa federale completa sui registri diagnostici, tuttavia, non può essere inserita nella legge sulla prevenzione, in quanto ampliherebbe eccessivamente il suo campo di applicazione<sup>76</sup>. Di conseguenza, riguardo ai registri diagnostici, la LPrev contiene solo un disciplinamento minimo.

### 2.3 Obiettivi della LPrev

La normativa proposta mira a eliminare le lacune esistenti a livello federale nel settore della prevenzione e della diagnosi precoce di malattie non trasmissibili e mentali molto diffuse o maligne. Un altro obiettivo importante consiste nel migliorare la gestione strategica, il coordinamento e l’efficienza delle diverse misure nonché nell’ottimizzare la conduzione strategica della gestione dei prelievi a favore della prevenzione (tassa per la prevenzione del tabagismo e supplemento al premio LAMal) al fine di rafforzare la prevenzione, la promozione della salute e la diagnosi precoce.

Oltre all’eliminazione delle lacune esistenti nella normativa federale nel settore della prevenzione e della diagnosi precoce di malattie non trasmissibili e mentali, la nuova legge persegue i seguenti obiettivi principali:

- chiarire la ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni nel rispetto del principio di sussidiarietà;
- migliorare la gestione e il coordinamento di tutti gli attori con la definizione di obiettivi nazionale e, di rimando, con una strategia globale per la prevenzione, la promozione della salute e la diagnosi precoce;
- migliorare il coordinamento tra i servizi federali competenti estendendo la pianificazione strategica del nostro Consiglio (strategia del Consiglio federale);
- raggruppare le misure della Confederazione in singoli settori tematici grazie ai programmi nazionali di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce;

<sup>76</sup> I dati rilevati nell’ambito dei registri diagnostici possono essere utilizzati, oltre che per la sorveglianza epidemiologica e la verifica dell’efficacia e della qualità delle misure di prevenzione e diagnosi precoce, anche per la verifica della qualità e dell’impiego appropriato di misure diagnostiche, terapeutiche e palliative nonché come base per la pianificazione della prevenzione.

- garantire ai Cantoni l'autonomia nell'attuazione di misure di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce formulando nel contempo linee guida minime per le offerte cantonali;
- assicurare la qualità e la promozione dell'efficacia delle misure di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce;
- creare un istituto di diritto pubblico (Istituto svizzero per la prevenzione e per la promozione della salute) che funga da centro di competenza indipendente e chiaramente identificabile nel campo della prevenzione, della promozione della salute e della diagnosi precoce a livello federale;
- regolamentare in modo unitario l'impiego delle entrate provenienti dai prelievi a favore della prevenzione (tassa per la prevenzione del tabagismo e supplemento al premio LAMal) e riorganizzare il flusso finanziario proveniente dal supplemento al premio LAMal riscosso in virtù dell'articolo 20 LAMal<sup>77</sup>;
- introdurre uno strumento per valutare l'impatto sulla salute di progetti pianificati o già realizzati (valutazione dell'impatto sulla salute);
- iscrivere nella legge gli aiuti finanziari destinati alle organizzazioni di pubblica utilità e promuovere la ricerca, l'innovazione, la formazione e il perfezionamento professionale;
- perfezionare la statistica sanitaria e i rapporti sulla salute nonché armonizzare le raccolte dati esistenti.

Il conseguente rafforzamento della prevenzione, della promozione della salute e della diagnosi precoce quale «quarto pilastro» del sistema sanitario punta a migliorare la competenza e i comportamenti sanitari della popolazione e, di rimando, a mantenere a lungo termine l'attuale buono stato di salute della popolazione svizzera.

## **2.4 La nuova normativa in dettaglio**

### **2.4.1 Campo di applicazione**

Poiché il campo d'applicazione della nuova legge contempla tutte le malattie menzionate dall'articolo 118 capoverso 2 lettera b Cost., con la LPrev la Confederazione si dota di una nuova base legale per le misure in materia di prevenzione di malattie non trasmissibili e mentali molto diffuse o maligne. Ciò le consente di operare nel settore della prevenzione e della diagnosi precoce di quelle malattie estremamente importanti per la salute pubblica (cfr. tabelle 1 e 2) e rilevanti per l'evoluzione dei costi sanitari. Nel contempo, la limitazione alle malattie trasmissibili, molto diffuse e maligne sancita nella Costituzione federale e contemplata pertanto anche nel campo di applicazione della LPrev, impedisce che lo Stato si attivi per la prevenzione o la diagnosi precoce di malesseri o di malattie di poco conto. Inoltre, la formulazione degli obiettivi nazionali (cfr. n. 2.4.2) focalizza e pone maggiormente l'accento delle attività statali sui temi della prevenzione, della promozione della salute e della diagnosi precoce ritenuti importanti dalla Confederazione, dai Cantoni e da altri attori.

<sup>77</sup> RS 832.10

Come menzionato nel numero 2.2.2, oltre alla prevenzione, il campo di applicazione della LPrev include anche la diagnosi precoce di malattie. Generalmente, a effettuare le misure in questo ambito sono i medici e i relativi costi sono assunti dall'assicurazione malattie obbligatoria, sempre che rientrino nell'elenco di cui all'articolo 12 dell'ordinanza sulle prestazioni del 29 settembre 1995<sup>78</sup> (OPre). Qualora la diagnosi precoce venisse inserita nel campo di applicazione della LPrev, non si tratta di riorganizzare le modalità del finanziamento delle relative misure, ma piuttosto di consentire la messa a punto di misure di diagnosi precoce (come lo svolgimento sull'intero territorio nazionale di programmi per la diagnosi precoce del tumore al seno auspicato dall'OMS) sia in concomitanza con la definizione delle priorità nel quadro dell'elaborazione degli strumenti di gestione strategica e di coordinamento (cfr. n. 2.4.2) che a livello di attuazione (programmi nazionali di cui all'art. 6 e misure di sostegno di cui all'art. 8).

La nuova legge non modifica le disposizioni vigenti nel settore della prevenzione degli infortuni, della sicurezza sul lavoro e della tutela della salute sul posto di lavoro.

## **2.4.2 Strumenti di gestione strategica e di coordinamento**

In Svizzera sono numerosi gli attori statali e non statali che operano nel campo della prevenzione, della promozione della salute e della diagnosi precoce a livello federale, cantonale e comunale. A livello di attuazione, la struttura federale della Svizzera ha permesso di accumulare una vasta esperienza nella messa a punto di misure di prevenzione e di promozione della salute. Il federalismo permette di tenere conto anche delle diverse esigenze cantonali e comunali.

Poiché nell'attuale panorama in materia di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce manca una strategia globale (cfr. n. 1.3), conformemente al mandato del nostro Consiglio del 28 settembre 2007 la LPrev prevede l'integrazione di due nuovi strumenti di gestione strategica e di coordinamento: gli obiettivi nazionali (definizione ogni otto anni, art. 4) e la strategia del Consiglio federale (definizione ogni quattro anni, art. 5).

Se definiti nell'ambito di un processo improntato al dialogo e alla partecipazione, gli obiettivi nazionali di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce possono generare valore aggiunto a diversi livelli.

- *A livello di politica sanitaria* gli obiettivi nazionali possono contribuire a una politica della prevenzione, della promozione della salute e della diagnosi precoce chiaramente individuabile e coerente nella misura in cui, grazie alla legittimità politica degli obiettivi favorita dal processo di elaborazione partecipativo, una maggioranza degli attori pubblici e privati si impegnerà di propria spontanea iniziativa nell'attuazione di tali obiettivi.
- *A livello di salute pubblica* la focalizzazione sui problemi di salute prioritari consente di mantenere le attuali buone condizioni di salute della popolazione svizzera.

- *A livello manageriale* gli obiettivi nazionali rafforzano la razionalità e la trasparenza dell'operato dei dirigenti, l'efficienza dell'impiego delle risorse, il coordinamento, la collaborazione tra gli attori e l'efficacia dell'attività dello Stato.

La strategia del Consiglio federale definisce in particolare le linee guida strategiche per i programmi nazionali (art. 6), gli obiettivi strategici dell'Istituto (capitolo 5), la scelta dei progetti per i quali va effettuata una valutazione dell'impatto sulla salute (art. 9) nonché le linee guida strategiche per l'impiego dei prelievi a favore della prevenzione (supplemento al premio LAMal e tassa per la prevenzione del tabagismo; art. 12 e 13).

Per garantire la flessibilità necessaria in questo settore, la LPrev si limita a disciplinare le condizioni quadro nell'ambito delle quali gli strumenti di gestione strategica e di coordinamento devono essere elaborati e attuati, senza fissare alcuna priorità a livello di legge.

Gli strumenti di gestione strategica e di coordinamento sono completati dalle misure di attuazione della Confederazione sotto forma di programmi nazionali (art. 6) messi a punto e implementati dall'Istituto. In questi programmi vengono definiti i campi di intervento e le misure previste per i prossimi quattro-otto anni dalla Confederazione (ad es. campagne o modelli di intervento di importanza nazionale). Grazie al coinvolgimento dei Cantoni e delle cerchie interessate nell'elaborazione dei programmi nazionali, l'Istituto ha anche la possibilità di concertare e coordinare le proprie attività in un determinato settore tematico con quelle degli altri attori pubblici e privati a livello federale, cantonale e comunale. Nel contempo, i Cantoni e gli attori privati possono prendere spunto dai programmi nazionali per stabilire l'orientamento strategico delle proprie misure, ad esempio adeguandole o conferendo loro diverse priorità in funzione della situazione nel Cantone o nella regione specifica.

### **2.4.3 Ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni**

Secondo la ripartizione delle competenze dello Stato federale, l'attuazione di misure di prevenzione, di promozione della salute e di diagnosi precoce spetta ai Cantoni. La Confederazione interviene unicamente nei settori in cui è opportuna o necessaria un'azione uniforme a livello nazionale, in particolare per:

- la pianificazione e l'attuazione di misure di importanza nazionale nell'ambito di programmi nazionali di cui all'articolo 6;
- l'attività di informazione, in particolare sotto forma di campagne (art. 7);
- gli aiuti finanziari a organizzazioni di utilità pubblica che operano sull'intero territorio nazionale (art. 14);
- le misure per la promozione della ricerca, la formazione e il perfezionamento (art. 15 e 16);
- il perfezionamento della statistica sanitaria (art. 17) e dei rapporti sulla salute (art. 19) nonché l'armonizzazione del rilevamento dati tramite i registri diagnostici (art. 18);
- la cooperazione internazionale (art. 37).

In futuro, la Confederazione intende migliorare il sostegno metodologico e tecnico fornito ai Cantoni (nonché alle organizzazioni private attive nel settore della prevenzione e della promozione della salute) nella progettazione e nell'attuazione di misure di prevenzione, di promozione della salute e di diagnosi precoce. Le misure di sostegno in questo senso sono definite dettagliatamente in una disposizione a sé stante (art. 8) e completate dalle misure di promozione della ricerca, della formazione e del perfezionamento (art. 15 e 16).

Parallelamente, i Cantoni sono invitati, da un lato, a orientare le loro attività nei settori della prevenzione, della promozione della salute e della diagnosi precoce agli obiettivi nazionali di cui all'articolo 4 e, dall'altro, a incentivare il coordinamento e la messa in rete intra- e intercantonale. A tale scopo, la legge formula linee guida per l'impostazione delle offerte cantonali in materia di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce (art. 11). Ciò nonostante, i Cantoni sono liberi di realizzare di propria iniziativa anche misure riguardanti malattie o fattori di rischio che esulano dal campo di applicazione della legge (cfr. n. 2.4.1) come pure dalle priorità tematiche definite mediante gli obiettivi nazionali. In tal caso, i Cantoni non possono però fare capo al sostegno finanziario o tecnico della Confederazione.

Anche nel settore della prevenzione e della diagnosi precoce a livello medico è necessario chiarire la ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni. I Cantoni mantengono la competenza per l'esecuzione dei programmi necessari alla realizzazione di misure coperte dall'assicurazione malattie obbligatoria, mentre la Confederazione assume le funzioni di informazione e coordinamento<sup>79</sup>. La possibilità di coinvolgere i Cantoni nell'attuazione di misure ai sensi dell'articolo 26 LAMal<sup>80</sup> viene iscritta nell'articolo 33 capoverso 2<sup>bis</sup> LAMal (cfr. commenti all'art. 41). Per sgravare i Cantoni, è possibile finanziare i costi infrastrutturali dei programmi attingendo ai proventi del supplemento al premio prelevato in virtù dell'articolo 20 LAMal (art. 12 cpv. 3 lett. b). Il finanziamento delle misure mediche (ad es. mammografia o vaccini) continua ad essere disciplinato dalle disposizioni LAMal (lista positiva per le misure di prevenzione e di diagnosi precoce secondo l'art. 26 LAMal)<sup>81</sup>.

#### 2.4.4 Organizzazione a livello federale

Il disegno di legge prevede la creazione di una nuova unità amministrativa decentrata, l'Istituto svizzero per la prevenzione e per la promozione della salute, cui incomberà l'adempimento dei seguenti nuovi compiti federali:

- pianificazione, attuazione e valutazione dell'efficacia dei programmi nazionali (art. 6 e art. 20 cpv. 3);

<sup>79</sup> Tra gli esempi che possono essere citati vi è la vaccinazione contro i papilloma virus umani (cfr. art. 12a lett. l dell'ordinanza sulle prestazioni (OPre), RS **832.112.31**) o lo screening mammografico (cfr. art. 12e lett. c OPre) per i quali possono essere erogati contributi solo a strutture di programma cantonali (ad es. attività di informazione, garanzia di qualità); i costi della prestazione medica di prevenzione o diagnosi precoce vera e propria, ossia del vaccino e della valutazione della mammografia da parte di un radiologo, sono in ogni caso coperti dal premio LAMal.

<sup>80</sup> RS **832.10**

<sup>81</sup> Cfr. anche i commenti ai n. 2.4.2 e 2.4.5.

- elaborazione di materiale informativo e realizzazione di campagne nell’ambito delle sue competenze (art. 7);
- sostegno tecnico e metodologico a favore dei Cantoni e di terzi (art. 8);
- gestione dei prelievi a favore della prevenzione (art. 12 e 13).

Tra le varianti organizzative esaminate rientrano l’affidamento delle competenze a servizi federali dell’Amministrazione centrale (in particolare UFSP) e l’attribuzione di compiti a un terzo privato ai sensi dell’articolo 2 capoverso 4 della legge del 21 marzo 1997 sull’organizzazione del Governo e dell’Amministrazione<sup>82</sup> (LOGA). Già nell’ambito dei lavori preliminari, il trasferimento di misure di sostegno a organizzazioni private attive nella prevenzione e nella promozione della salute secondo l’articolo 8 è stato criticato. Questa variante comporterebbe una frammentazione dei compiti senza semplificare le strutture rispetto allo status quo. Anzi, farebbe aumentare il bisogno di coordinamento e di armonizzazione tra i diversi mandatarî.

A far pendere l’ago della bilancia a favore dell’istituzione di una nuova unità amministrativa decentrata a livello federale sono stati i seguenti motivi.

- Conformemente alla tipologia dei compiti dell’AFF<sup>83</sup>, i nuovi compiti federali citati sopra – ad eccezione della gestione dei prelievi a favore della prevenzione (cfr. sotto) – sono prestazioni a carattere monopolistico<sup>84</sup>. Soprattutto in virtù delle misure di sostegno di cui all’articolo 8, l’Istituto viene investito del ruolo di interlocutore centrale dei Cantoni a livello federale per l’attuazione di misure di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce.

Vista la specificità delle esigenze dei beneficiari delle prestazioni, lo scorporo dall’Amministrazione federale centrale dovrebbe consentire uno svolgimento più efficace ed efficiente dei compiti. Il trasferimento di prestazioni a carattere monopolistico necessita però di una gestione politico-strategica rigorosa da parte del nostro Consiglio, in quanto, da un lato, la legislazione lascia di proposito un certo margine di apprezzamento e, dall’altro, la maggior parte di questi compiti può essere effettuata unicamente con fondi pubblici (contributi federali o prelievi a favore della prevenzione). Il trasferimento a un’unità amministrativa decentrata consente di soddisfare al meglio queste richieste. Grazie in particolare allo strumento degli obiettivi strategici, il Consiglio federale è in grado di intervenire in modo mirato in aspetti legati all’attività e/o ai compiti dell’unità amministrativa resasi indipendente (ad es. sviluppo di nuove priorità). Inoltre, lo scorporo di compiti federali esistenti a un’unità amministrativa decentrata alleggerisce il carico di lavoro dell’Amministrazione centrale, senza tuttavia privare l’Amministrazione

<sup>82</sup> RS 172.010

<sup>83</sup> Cfr. Rapporto del Consiglio federale sullo scorporo e la gestione strategica di compiti della Confederazione (Rapporto sul governo d’impresa) del 13 settembre 2006 (FF 2006 7545) e Rapport explicatif de l’Administration fédérale des finances concernant le rapport du Conseil fédéral sur le gouvernement d’entreprise du 13 septembre 2006 (disponibile solo in francese e tedesco) consultabile all’indirizzo: [www.efv.admin.ch/f/dokumentation/downloads/themen/eignerpolitik/Bericht%20EFV-f.pdf](http://www.efv.admin.ch/f/dokumentation/downloads/themen/eignerpolitik/Bericht%20EFV-f.pdf).

<sup>84</sup> Il Rapporto sul governo d’impresa (cfr. nota 83) distingue quattro tipi di compiti della Confederazione: compiti ministeriali, prestazioni a carattere monopolistico, compiti di vigilanza sull’economia e sulla sicurezza e prestazioni sul mercato.



federale di competenze tecniche. La scelta di uno statuto del personale di diritto pubblico ha semplificato il trasferimento dei rapporti di lavoro.

- Conformemente alla tipologia dei compiti (cfr. sopra), gestire i prelievi a favore della prevenzione (tassa per la prevenzione del tabagismo e supplemento al premio LAMal) significa gestire la concessione di sussidi. Ciò equivale a un compito ministeriale che, secondo i principi del governo d'impresa, non è consigliabile scorporare<sup>85</sup>. Il raggruppamento del sostegno tecnico e metodologico (art. 8) con quello finanziario (gestione dei prelievi a favore della prevenzione, art. 12 e 13) permette però da un lato di sfruttare le sinergie tra sostegno tecnico e finanziario, dall'altro di offrire un'efficace garanzia di qualità nell'impiego dei prelievi a favore della prevenzione.
- L'istituzione di un centro di competenza indipendente e chiaramente identificabile per la prevenzione, la promozione della salute e la diagnosi precoce a livello federale contribuirà in misura significativa all'auspicato inserimento dei relativi principi nella politica sanitaria svizzera. Un istituto di diritto pubblico gode sia sul piano nazionale che su quello internazionale di una più ampia accettazione politica e di una maggiore visibilità rispetto a un organismo di diritto privato. Anche a livello internazionale si osserva una tendenziale disaffezione per gli enti privati a favore di quelli pubblici<sup>86</sup>.

Per lo scorporo di prestazioni a carattere monopolistico si è imposta la struttura dell'unità amministrativa decentrata nella forma giuridica di un istituto di diritto pubblico con personalità giuridica propria<sup>87</sup>. L'ente di diritto pubblico deve essere organizzato in base ai principi guida del governo d'impresa<sup>88</sup> stabiliti dal Consiglio federale. Questa soluzione consente di tenere in debita considerazione le esigenze specifiche di intervento e di informazione della Confederazione risultanti in particolare dal suo ruolo di proprietaria e di garante del corretto svolgimento dei compiti.

Nell'Istituto confluirà così, oltre alle unità organizzative dell'UFSP già oggi responsabili dell'elaborazione e dell'attuazione di programmi nazionali come pure di altre misure di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce, anche il servizio attualmente aggregato all'UFSP che gestisce i proventi della tassa per la prevenzione del tabagismo, ossia il Fondo per la prevenzione del tabagismo.

Il futuro della fondazione Promozione Salute Svizzera (cfr. n. 1.2.2) istituita sulla base dell'articolo 19 LAMal è ancora tutto da definire. Certo è che con la proposta di abrogazione dell'articolo 19 LAMal (cfr. commento all'art. 41) viene meno il mandato che la legge conferisce agli assicuratori malattie di promuovere la prevenzione e di gestire congiuntamente con i Cantoni un'istituzione avente tale scopo. Inoltre, in seguito alla modifica dell'articolo 20 LAMal, con l'entrata in vigore della legge sulla prevenzione, il supplemento al premio LAMal utilizzato per finanziare i compiti della fondazione non sarà più devoluto a quest'ultima, bensì all'Istituto. Di

<sup>85</sup> FF 2006 7545; i compiti ministeriali si contraddistinguono per il loro carattere sovrano e quindi per il grande bisogno di legittimazione democratica e di gestione politico-strategica.

<sup>86</sup> Cfr. n. 2.6.2

<sup>87</sup> Tra le forme giuridiche vagliate figura anche quella di una fondazione di diritto pubblico. Nella legislazione federale, l'istituto di diritto pubblico è la forma di organizzazione che riscuote le maggiori preferenze ed è anche quella che, in base ai principi guida del governo d'impresa stabiliti dal Consiglio federale, deve essere prescelta in casi simili. Nel caso presente non vi è alcun motivo organizzativo specifico per scostarsi da questa prassi.

<sup>88</sup> Cfr. nota 83

conseguenza, la fondazione perderà il mandato conferitole dalla legge e, conformemente all'articolo 12 del suo statuto del 17 gennaio 2002<sup>89</sup>, dovrà sciogliersi previo consenso dell'autorità di vigilanza competente. Nel giugno del 2009, il Consiglio di fondazione di Promozione Salute Svizzera ha ribadito al DFI che, a suo modo di vedere, il nuovo istituto previsto dal nostro Consiglio non è necessario, in quanto la cooperazione tra i diversi partner – in particolare tra i Cantoni, gli assicuratori e le associazioni – nella forma attuale della fondazione produce buoni risultati. Di conseguenza, gli articoli 19 e 20 LAMal andrebbero mantenuti. Vista questa presa di posizione, allo stato attuale delle cose (settembre 2009) non è possibile avanzare alcuna ipotesi circa la disponibilità del Consiglio di fondazione di Promozione Salute Svizzera ad accettare che il patrimonio della fondazione venga rilevato dall'Istituto come previsto dall'articolo 42 capoverso 3 LPrev.

#### **2.4.5 Finanziamento**

Il disciplinamento dei flussi finanziari previsto dalla LPrev si basa sul principio secondo cui ogni livello istituzionale (Confederazione e Cantoni) è responsabile del finanziamento dei compiti che rientrano nel suo ambito di competenza. Pertanto i compiti statali (inclusi quelli spettanti all'Istituto e menzionati nel n. 2.4.4) devono essere finanziati con le risorse del bilancio ordinario, mentre i Cantoni devono provvedere al finanziamento delle loro misure di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce nonché delle strutture necessarie a tale scopo. Il finanziamento delle altre strutture e misure cantonali necessarie da parte della Confederazione, richiesto da alcuni Cantoni nell'ambito della procedura di consultazione (cfr. n. 2.2.1), va bocciato. L'articolo 118 Cost. deve essere come sinora applicato nel rispetto dell'articolo 46 capoverso 1 Cost., che sancisce il principio dell'adempimento senza indennizzo da parte dei Cantoni. Conformemente all'articolo 47 capoverso 2 Cost., inoltre, la Confederazione non è tenuta a mettere a disposizione dei Cantoni i mezzi finanziari necessari per applicare ed eseguire il diritto federale; a tale scopo i Cantoni devono piuttosto avvalersi delle proprie entrate<sup>90</sup>.

I prelievi a favore della prevenzione (tassa per la prevenzione del tabagismo e supplemento al premio LAMal) devono restare principalmente a disposizione dei Cantoni (Città e Comuni) e delle organizzazioni private attive nella prevenzione e promozione della salute per (co)finanziare le loro attività nel campo della prevenzione, della promozione della salute e della diagnosi precoce. Conformemente alla nostra decisione del 25 febbraio 2009 (cfr. n. 2.2.2), una parte di tali prelievi è riservata a programmi cantonali (cfr. art. 12 cpv. 3 lett. b). È inoltre opportuno sottolineare che i prelievi a favore della prevenzione non possono essere impiegati per finanziare compiti di pertinenza statale.

<sup>89</sup> Disponibile (solo in francese e tedesco) all'indirizzo: [http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pdf\\_doc\\_xls/f/Metanavigation/office\\_stiftungsurkunde\\_f.pdf](http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pdf_doc_xls/f/Metanavigation/office_stiftungsurkunde_f.pdf).

<sup>90</sup> Cfr. Kägi-Diener R: Kommentar zu Artikel 47 BV; in: Ehrenzeller B., Schweizer J., Mastrorardi P e Vallender K.A. (ed.): Kommentar zur schweizerischen Bundesverfassung, 2<sup>a</sup> ed. Zurigo/Basilea/Ginevra 2008.

Secondo la LPrev entrambi i prelievi saranno gestiti dall'Istituto<sup>91</sup>. Questa nuova impostazione dei flussi finanziari consentirà una gestione strategica unitaria di entrambi i prelievi da parte del nostro Consiglio e rafforzerà la base finanziaria per misure specifiche di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce della Confederazione. Ad esempio, i programmi nazionali di cui all'articolo 6 potranno beneficiare anche di una parte dei prelievi a favore della prevenzione stabilita dal nostro Collegio nell'ambito della definizione delle sue linee strategiche (cfr. art. 5 cpv. 1 lett. d), ferma restando la destinazione vincolata di ciascun prelievo sancita dall'articolo 12 capoversi 1 e 2.

#### **2.4.6 Altri aspetti**

Tra le altre novità introdotte dalla LPrev spiccano anche:

- l'adozione della valutazione dell'impatto sulla salute quale strumento strategico del Consiglio federale per valutare l'impatto sulla salute di progetti pianificati o realizzati di particolare portata (art. 9);
- l'iscrizione nella legge di misure volte a promuovere le organizzazioni mantello nazionali, la ricerca, la formazione e il perfezionamento (art. 14–16);
- l'ottimizzazione della statistica sanitaria e dei rapporti sulla salute (art. 17–19).

#### **2.5 Corrispondenza tra compiti e risorse finanziarie**

La LPrev fissa la futura ripartizione dei compiti tra la Confederazione e i Cantoni nel settore della prevenzione, della promozione della salute e della diagnosi precoce. Conformemente al principio di equivalenza fiscale, ogni livello istituzionale è tenuto a finanziare i compiti che rientrano nel proprio ambito di competenza. I prelievi a favore della prevenzione (art. 12) non possono essere utilizzati per finanziare compiti di pertinenza statale.

Le misure concrete che la Confederazione intende adottare ed eseguire saranno definite sostanzialmente sulla base della strategia quadriennale del Consiglio federale per la prevenzione e per la promozione della salute (art. 5). La strategia contemplerà anche indicazioni sulle risorse umane e finanziarie necessarie (riguardo alle modalità di finanziamento dei nuovi compiti della Confederazione cfr. n. 4.1) e consentirà quindi una concertazione ottimale tra compiti e mezzi a disposizione. Il disegno di legge non comporterà alcun onere supplementare per la Confederazione.

<sup>91</sup> Questa disposizione della LPrev non riguarda i mezzi derivanti dalla tassa sull'alcool (decima dell'alcool) che confluiscono nelle casse dei Cantoni, in quanto sono già disciplinati nella Costituzione (art. 131 cpv. 3 Cost.). A livello di attuazione, tuttavia, specialmente nella concessione di contributi provenienti dai prelievi a favore della prevenzione a programmi cantonali (cfr. art. 12 e 13) è auspicabile un coordinamento con le attività finanziate con la decima sull'alcool.

## 2.6 **Svilupi internazionali e rapporto con il diritto europeo**

### 2.6.1 **Svilupi internazionali nel settore della prevenzione, della promozione della salute e della diagnosi precoce**

#### **Organizzazione mondiale della sanità (OMS)**

In collaborazione con le Nazioni Unite (ONU) e gli Stati membri, l'OMS ha pubblicato una serie di documenti autorevoli e molto importanti sulla prevenzione e sulla promozione della salute come pure raccomandazioni sugli investimenti necessari nel campo della sanità. Le direttive sulla prevenzione e sulla promozione della salute su cui poggia l'azione degli Stati membri dell'OMS sono sostanzialmente:

- la *Carta di Ottawa per la promozione della salute (1986)*, che si prefigge di rafforzare le risorse sanitarie e propone strategie per la promozione della salute, quali la creazione di scuole che promuovano la salute e il lancio di progetti per incentivare stili di vita sani;
- la *Carta di Bangkok per la promozione della salute in un mondo globalizzato (2005)* approfondisce i valori, i principi e le strategie d'azione necessari per la promozione della salute ai sensi della Carta di Ottawa e ne aggiorna le richieste, allo scopo di porre al centro dello sviluppo mondiale e nazionale le pari opportunità in materia di salute;
- la *Strategia globale su dieta, attività fisica e salute*;
- il *Rapporto OMS «Preventing Chronic Diseases: A Vital Investment» (2005)* (Prevenire le malattie croniche, un investimento vitale) secondo il quale investendo nella prevenzione si potrebbero salvare entro il 2015 36 milioni di persone in tutto il mondo;
- la *Dichiarazione sulla salute mentale per l'Europa e il relativo Piano d'azione (2005)* illustrano il bisogno di varie offerte psicosociali per l'intera popolazione, per i gruppi a rischio e per le persone con problemi di salute mentale e l'utilità di simili offerte, allo scopo di promuovere la consapevolezza dell'importanza del benessere mentale per una società funzionante.

I documenti menzionati non hanno tuttavia valore giuridicamente vincolante per gli Stati membri e vengono generalmente intesi come linee guida dalle quali le politiche sanitarie nazionali devono prendere spunto.

#### **Germania**

In Germania le misure di prevenzione e di promozione della salute sono attualmente sancite in varie leggi. L'esecuzione e il finanziamento di tali misure competono a enti e sistemi di assicurazione sociali diversi, a seconda del gruppo target e del settore (AMal, AINF, aiuto alla gioventù, riabilitazione). Anche in Germania le spese destinate alla prevenzione e alla promozione della salute hanno un'importanza secondaria rispetto a quelle destinate all'assistenza sanitaria.

Già nell'ottobre del 2004 lo Stato federale e i Länder avevano concordato i punti chiave della legge sul rafforzamento della prevenzione (*Gesetz zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention*) il cui scopo generale era potenziare la prevenzione, trasformandola nel «quarto pilastro» del sistema sanitario accanto alla medicina acuta, alla riabilitazione e all'assistenza a lungo termine.

La legge sulla prevenzione si prefigge di integrare durevolmente la tutela preventiva della salute nei sistemi di sicurezza sociale, di creare una nuova base legale uniforme, di aumentare i mezzi finanziari necessari e di controllare i programmi e i progetti finanziati per mezzo di un sistema di gestione della qualità. Il 27 maggio 2005 il Bundesrat ha trasmesso la legge al comitato di mediazione (Vermittlungsausschuss). Il progetto è fallito a causa delle elezioni anticipate del Bundesrat tenutesi il 18 settembre 2005, a seguito delle quali tutti i progetti legislativi pendenti sono stati definitivamente archiviati.

Il 28 novembre 2007 è stato presentato un nuovo progetto di legge sulla prevenzione che si ispira al progetto del 2005 modificandolo leggermente. Anche questo progetto, tuttavia, è stato affossato dalle divergenze di opinione tra i partiti della coalizione riguardo alle risorse finanziarie necessarie, alle modalità di erogazione come pure alle strutture organizzative.

### **Austria**

Con l'adozione della legge sulla promozione della salute (Gesundheitsförderungsgesetz) e la delega dei relativi compiti al fondo nazionale di prevenzione (Fonds Gesundes Österreich), già dal 1998 l'Austria dispone di una base legale che disciplina la prevenzione e la promozione della salute.

Nei contenuti, la legge poggia sulla Carta di Ottawa dell'OMS per la promozione della salute e fissa il budget annuale per l'attuazione delle attività di promozione della salute (attualmente 7,25 milioni di euro).

La legge sulla promozione della salute mira ad ampliare le conoscenze della popolazione sui rischi sanitari e sulle misure che promuovono la salute come pure a sostenere lo sviluppo di comportamenti sani. Si tratta in particolare di potenziare le strutture per la promozione della salute e di promuovere programmi, offerte e misure di formazione continua.

Il 1° agosto 2006 è stata varata la legge che istituisce l'istituto nazionale di ricerca e di pianificazione sanitaria (Gesundheit Österreich GmbH), che funge da centro di competenza nazionale per la promozione della salute. Il fondo nazionale di prevenzione (Fonds Gesundes Österreich) è stato integrato nell'istituto quale settore d'attività a sé stante e continua a fungere da centro nazionale di competenza per la prevenzione e la promozione della salute. Il suo compito è promuovere progetti scientifici e orientati alla pratica nonché sviluppare attività e campagne per rendere accessibili al maggior numero di cittadini i comportamenti e gli stili di vita sani. Incentiva inoltre la cooperazione nel settore della prevenzione e della promozione della salute. Il mandato, sancito per legge, prevede sei ambiti di intervento: attività fisica, alimentazione, salute mentale, gioventù, salute sul posto di lavoro e popolazione anziana.

### **Francia**

Nel 2004 il Parlamento francese ha approvato la legge sulla sanità pubblica (Loi sur la Santé Publique), che si concentra sulle malattie trasmissibili e croniche. La legge si propone di rafforzare la prevenzione, riunendo singole leggi, programmi e commissioni e sancisce la responsabilità dello Stato e del Parlamento. Viene inoltre menzionata la responsabilità di altri attori sociali, ad esempio il finanziamento della prevenzione da parte dell'AMal.

La legge prevede che ogni cinque anni vengano elaborati piani strategici sanitari che tengano conto delle grandi problematiche legate alla salute. I piani sono sviluppati d'intesa con la Conferenza nazionale sulla sanità, una commissione consultiva incaricata di formulare pareri e di presentare proposte a destinazione del Governo. Parallelamente all'elaborazione dei piani strategici, vengono definiti obiettivi sanitari nazionali. Gli obiettivi, che devono essere approvati dal Parlamento, hanno un carattere vincolante e allo scadere del quinquennio sono sottoposti a verifica.

La nuova legge sanitaria descrive anche le competenze attribuite ai vari livelli politici e disciplina le attività di informazione, ricerca e formazione (istituzione di una Ecole nationale de santé publique).

Attualmente si sta discutendo una riforma del finanziamento del sistema nazionale delle assicurazioni sociali. In questo contesto si prevede anche di ridefinire il finanziamento dei compiti della sanità pubblica.

## **2.6.2 Soluzioni organizzative nel raffronto internazionale**

### **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Germania)**

Costituita nel 1967, la Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) è un'autorità specializzata che fa parte del Ministero tedesco della salute e il cui obiettivo è di prevenire i rischi sanitari e di promuovere stili di vita sani a livello nazionale<sup>92</sup>. È responsabile di numerosi progetti di prevenzione e di promozione della salute e coadiuva molte organizzazioni nella realizzazione di iniziative. I suoi compiti sono:

- elaborazione di principi e linee guida per i contenuti e i metodi di educazione sanitaria;
- formazione e perfezionamento delle persone attive nel campo dell'educazione e dell'informazione sanitaria;
- coordinamento e promozione dell'educazione e dell'informazione sanitaria sul territorio nazionale;
- collaborazione con l'estero.

### **Fonds Gesundes Österreich**

Il Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) è un ente nazionale di contatto, prevenzione e promozione della salute costituito nel 1998 in base alla legge sulla promozione della salute<sup>93</sup>. Sostiene progetti scientifici e orientati alla pratica, la messa a punto di strutture, il perfezionamento e la messa in rete nel campo della promozione della salute. Inoltre, punta a sensibilizzare il maggior numero possibile di persone sulla prevenzione e sulla promozione della salute con attività di informazione e relazioni pubbliche. In quanto organo centrale nel campo della promozione della salute, il FGÖ sostiene anche le molteplici attività dei gruppi di autoaiuto.

<sup>92</sup> Cfr. S. Weinbrenner et al. (ed.), 2006, Länderbericht Deutschland, in: Gesundheitsförderung im europäischen Vergleich, pag. 54.

<sup>93</sup> Cfr. S. Weinbrenner et al. (ed.), 2006, Länderbericht Österreich, in: Gesundheitsförderung im europäischen Vergleich, pag. 99 segg.

Dal 1° agosto 2006, il fondo costituisce uno dei tre servizi della società Gesundheit Österreich GmbH, insieme all'Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen e al Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen. Il fondo si compone di un consiglio d'amministrazione, un comitato consultivo e un segretariato.

### **Commissione europea: Agenzia esecutiva per la sanità pubblica**

Il 1° gennaio 2005, sulla base della decisione della Commissione europea del 15 dicembre 2004 (2004/858/CE), è stata istituita l'Agenzia esecutiva per il programma di sanità pubblica o Agenzia esecutiva per la sanità pubblica (Public Health Executive Agency, PHEA), per la durata di sei anni. Ad essa spetta la gestione del Programma d'azione comunitaria nel settore della sanità pubblica 2003–2008 (Public Health Programm, PHP). Il programma ha lo scopo di preservare e migliorare la salute dei cittadini europei. Con l'adozione del secondo programma d'azione comunitaria nel settore della sanità (2008–2013), il mandato conferito all'Agenzia è stato prolungato sino al 31 dicembre 2015 (cfr. n. 2.6.3) ed esteso anche agli interventi nel settore della tutela dei consumatori e della formazione per una maggiore sicurezza degli alimenti. L'Agenzia è stata ribattezzata «Agenzia esecutiva per la salute e i consumatori» (Executive Agency for Health and Consumers, EAHC). L'EAHC ha sede a Lussemburgo e conta una quarantina di dipendenti. Il suo budget annuale ammonta a 4,5 milioni di euro (2008). Tra i suoi compiti figurano:

- la selezione di progetti finanziati nel quadro del programma per la salute (nel corso dell'intera durata del programma saranno approvati circa 200 progetti effettuati con 2200 partner circa);
- la diffusione dei risultati dei progetti, ossia delle conoscenze acquisite e dei metodi di lavoro da raccomandare;
- la promozione degli scambi e del coordinamento fra tutti gli ambienti interessati e con altre autorità della Comunità e degli Stati membri;
- il sostegno logistico, scientifico e tecnico in occasione di convegni e conferenze.

## **2.6.3 Rapporto con il diritto europeo**

### **Programmi d'azione dell'Unione europea**

Su iniziativa della Commissione europea, dagli anni Novanta del secolo scorso l'UE ha sviluppato una serie di attività di prevenzione e di promozione della salute e ha promosso la collaborazione degli Stati membri in questo settore. A tal fine si basa sugli articoli 152 (sanità pubblica) e 153 (tutela dei consumatori) del Trattato CE e finanzia programmi d'azione e misure di incentivazione nei settori della ricerca, delle statistiche e del reporting in ambito sanitario.

Tra le attività concrete promosse dall'UE va segnalato il secondo programma d'azione comunitaria in materia di salute 2008–2013 approvato il 27 ottobre 2007 dal Parlamento europeo e dal Consiglio (Decisione 1350/2007/CE<sup>94</sup>). Il programma, che fa seguito al primo programma d'azione 2003–2008 (Public-Health-Programm,

<sup>94</sup> GUL 301 del 20.11.2007

PHP) adottato il 23 settembre 2002 (Decisione 1786/2002/CE<sup>95</sup>), si propone di migliorare la protezione della salute, di promuovere la salute riducendo le disparità nel settore dell'assistenza sanitaria e di creare e diffondere informazioni e conoscenze sulle questioni sanitarie. Con questo secondo programma d'azione, che ha una dotazione finanziaria di 321,5 milioni di euro, si intende completare, sostenere e intensificare le politiche sanitarie dei Paesi membri dell'UE.

L'Agenzia esecutiva per la salute e i consumatori è responsabile dell'implementazione (cfr. n. 2.6.2).

### **Raccomandazioni dell'UE**

L'UE ha emanato numerose risoluzioni e raccomandazioni in determinati ambiti settoriali che rientrano nell'acquis comunitario in materia di salute, ma che non sono vincolanti per gli Stati membri:

- Raccomandazione, del 12 luglio 1999, sulla limitazione dell'esposizione della popolazione ai campi elettromagnetici (da 0 Hz a 300 GHz) (1999/519/CE)
- Risoluzione del Consiglio, del 18 novembre 1999, sulla promozione della salute mentale (2000/C 86/01)
- Risoluzione del Consiglio, del 29 giugno 2000, sull'azione relativa ai fattori determinanti per la salute (2000/C 218/03)
- Conclusioni del Consiglio, del 5 giugno 2001, relative a una strategia comunitaria intesa a ridurre i pericoli connessi con l'alcol (2001/C 175/ 01)
- Raccomandazione del Consiglio, del 5 giugno 2001, sul consumo di bevande alcoliche da parte di giovani, in particolare bambini e adolescenti (2001/458/CE)
- Conclusioni del Consiglio del 15 novembre 2001 per combattere i problemi legati allo stress e alla depressione (2002/C 6/01)
- Conclusioni del Consiglio del 2 giugno 2003 sulla lotta alla stigmatizzazione e alla discriminazione in relazione alle malattie mentali (2003/C 141/01)
- Raccomandazione del 18 giugno 2003 sulla prevenzione e la riduzione del danno per la salute causato da tossicodipendenza (2003/488/CE)
- Conclusioni del Consiglio del 2 dicembre 2003 sugli stili di vita sani: educazione, informazione e comunicazione (2004/C 22/01)
- Raccomandazione del Consiglio del 2 dicembre 2003 sullo screening dei tumori (2003/878/CE)
- Conclusioni del Consiglio del 3 giugno 2005 su sovrappeso, alimentazione e attività fisica (9803/053).

Riassumendo, si può affermare che il disegno LPrev non ha punti di contatto con il diritto delle Comunità europee (CE).

<sup>95</sup> GUL 271 del 09.10.2002



## **2.7 Attuazione**

Il disegno di legge prevede nuovi strumenti di gestione strategica e di coordinamento che dovranno essere messi in atto ad intervalli regolari:

- obiettivi nazionali (art. 4), definiti ogni 8 anni dalla Confederazione. Il Consiglio federale dirige il processo di formulazione, coinvolgendo i Cantoni nell'elaborazione degli obiettivi nazionali;
- strategia del Consiglio federale (art. 5), definita ogni 4 anni dal Consiglio federale. Il DFI (UFSP) dirige il processo di elaborazione, al quale collaborano l'Istituto e i servizi federali interessati. Sono coinvolti anche i Cantoni.

Strumenti importanti ai fini dell'attuazione sono anche i programmi nazionali tematici elaborati e realizzati dall'Istituto (art. 6), la valutazione dell'impatto sulla salute che il Consiglio federale può disporre per progetti previsti o realizzati di particolare portata (art. 9) e il reporting sulla salute condotto regolarmente dalla Confederazione in collaborazione con i Cantoni (art. 19).

L'applicazione degli strumenti di gestione strategica e di coordinamento è verificata regolarmente, così come l'efficacia e l'economicità dei programmi nazionali (art. 20). L'UFSP valuta periodicamente se l'attuazione della LPrev produce i risultati attesi (art. 38).

Si è rinunciato a un articolo distinto riguardante l'esecuzione, in quanto il progetto non prevede nessun obbligo per i Cantoni di attuare misure nei confronti di terzi.

La procedura per la concessione di contributi provenienti dai prelievi a favore della prevenzione (art. 12 e 13), le condizioni e la procedura concernenti gli aiuti finanziari alle organizzazioni di utilità pubblica (art. 14) verranno disciplinati in un'ordinanza del Consiglio federale.

Le disposizioni giuridico-organizzative concernenti l'Istituto (art. 21–36) non hanno di per sé bisogno di un'ulteriore concretizzazione a livello di ordinanza. Il Consiglio federale può tuttavia delegare all'Istituto altri compiti dietro compenso (art. 22) e emanare disposizioni per la presentazione dei conti (art. 34). Le procedure interne sono disciplinate da prescrizioni emanate dal consiglio d'istituto.

## **2.8 Valutazione globale**

### **Necessità e possibilità di un intervento statale**

A differenza dei tre pilastri dell'assistenza sanitaria (trattamento, riabilitazione e cure), la prevenzione, la promozione della salute e la diagnosi precoce – ad eccezione della lotta contro le malattie trasmissibili, delle misure per la prevenzione di tossicodipendenze e malattie professionali nonché della prevenzione degli infortuni – non sono sufficientemente radicate dal punto di vista concettuale, politico, organizzativo e legale. Questa debolezza strutturale si traduce in molti settori della prevenzione di malattie, della promozione della salute e della diagnosi precoce in una mancanza di gestione strategica e di coordinamento, ma anche di trasparenza per quanto riguarda l'offerta e le prestazioni.

Nella nostra decisione del 28 settembre 2007, dichiariamo di condividere il parere espresso dalla Commissione di esperti PPS 2010, dall'OCSE e dall'OMS secondo cui, a causa dell'attuale debolezza strutturale, occorrono nuove basi legali per raffor-

zare la prevenzione e la promozione della salute come pure per migliorare il coordinamento e l'efficienza delle attività già avviate.

Anche buona parte dei partecipanti alla consultazione (cfr. n. 2.2) accoglie favorevolmente le nuovi basi legali per la prevenzione, la promozione della salute e la diagnosi precoce, condividendo il nostro parere secondo cui malgrado la crescita del mercato della salute e del wellness<sup>96</sup> (finanziato da privati), un intervento statale nei settori della prevenzione, della promozione della salute e della diagnosi precoce è tuttora necessario per i seguenti motivi.

- *Principio delle pari opportunità*: analogamente al principio dell'assicurazione malattie obbligatoria, anche nei settori della prevenzione, della promozione della salute e della diagnosi precoce occorre garantire a tutti l'accesso equo a strutture e offerte di consulenza di alta qualità. La conseguente riduzione delle disuguaglianze sociali in materia di salute per diversi gruppi di persone contribuisce a preservare il principio di solidarietà nelle assicurazioni sociali (soprattutto nella LAMal)<sup>97</sup>.
- *Garanzia dei sistemi di sicurezza sociale*: la riduzione del carico di morbilità, dell'invalidità e del bisogno di cure concorre a sgravare i sistemi di sicurezza sociale (soprattutto assicurazione malattie e assicurazione invalidità) e, di riflesso, i conti pubblici. Considerata l'evoluzione demografica, questo alleggerimento degli oneri è indispensabile per poter garantire anche alle future generazioni un'assistenza sanitaria di alta qualità e finanziariamente sostenibile (cfr. grafici 1 e 2).
- *Miglioramento dello sviluppo economico*: in Svizzera, il buono stato di salute della popolazione rafforza la sua efficienza funzionale e contribuisce così a incrementare la produttività (riduzione delle assenze per malattia) e a garantire la crescita economica, preservando la capacità funzionale dei lavoratori (più anziani).
- *Interesse pubblico a una popolazione in buona salute*: l'aumento del periodo di vita trascorso in salute, ossia senza malattie e disabilità, è nell'interesse della collettività in quanto non solo migliora la qualità di vita dei cittadini ma al tempo stesso contribuisce a ridurre il carico di morbilità, l'invalidità e il bisogno di cure.

### **Impostazione politico-sanitaria**

I rapporti<sup>98</sup> presentati dalla Commissione di esperti PPS 2010, dall'OCSE e dall'OMS giungono alla conclusione che, a causa dell'attuale debolezza strutturale, occorre rivedere gli equilibri tra prevenzione e medicina curativa nell'ambito della prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce. Gli esperti invitano inoltre a emanare nuove basi legali per migliorare il coordinamento e l'efficienza delle attività già avviate.

Oltre che incrementare la qualità e l'efficacia delle attività in corso, una base legale solida per le misure di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce

<sup>96</sup> Cfr. al riguardo Stephan Sigrist: *Zukunftsperspektiven des Gesundheitsmarkts. Kostenfaktor und Wachstumschance*. Berna, agosto 2006.

<sup>97</sup> Stephan Sigrist: *Zukunftsperspektiven des Gesundheitsmarkts. Kostenfaktor und Wachstumschance*. Berna, agosto 2006, pag. 70.

<sup>98</sup> Cfr. note 58 e 59

incoraggia il cambiamento di paradigma, in quanto favorisce l'allontanamento da una sanità esclusivamente curativa a vantaggio di una politica sanitaria orientata alla prevenzione. A lungo termine ci si può pertanto attendere ripercussioni positive sull'evoluzione dei costi sanitari.

Poiché la maggior parte dei partecipanti alla consultazione ha accolto favorevolmente questo orientamento, reputiamo che l'ottimizzazione della base giuridica federale benefici di un appoggio sufficiente. Del resto, le sinergie prodotte dalla LPrev incrementano l'efficienza nel senso auspicato dalle associazioni economiche.

Il presente disegno di legge definisce gli elementi necessari per superare la debolezza strutturale.

- Con l'introduzione di strumenti di gestione e coordinamento (obiettivi nazionali e strategia del Consiglio federale) la legge offre a Confederazione e Cantoni nuove possibilità per definire congiuntamente le priorità in materia di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce.
- La ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni contemplata dalla LPrev mantiene le competenze attuali: i Cantoni sono responsabili per la pianificazione e l'attuazione di misure di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce sul piano locale, cantonale e/o regionale, mentre la Confederazione assume i compiti che è più opportuno risolvere in modo omogeneo su scala nazionale. La legge prevede inoltre che la Confederazione offra ai Cantoni – ma anche alle organizzazioni private di prevenzione e promozione della salute – un sostegno tecnico e metodologico durante la pianificazione e l'attuazione delle misure.
- Direttive unitarie sull'impiego dei fondi provenienti dai prelievi a favore della prevenzione e il miglioramento della gestione strategica offrono maggiore certezza del diritto ai potenziali beneficiari di contributi.
- La legge dà inoltre un segnale chiaro a favore del consolidamento della prevenzione, della promozione della salute e della diagnosi precoce creando un'istituzione federale di diritto pubblico come l'Istituto svizzero per la prevenzione e la promozione della salute. L'esternalizzazione di compiti federali esistenti e nuovi sgrava l'amministrazione centrale.
- Disciplinando lo sviluppo futuro della statistica sanitaria (registri diagnostici e rapporti sulla salute), la legge fornisce un importante contributo ai fini di un'impostazione basata sulle evidenze delle misure di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce. Una solida base di dati è inoltre indispensabile per definire le priorità (obiettivi nazionali) e per adempiere gli impegni dei vari livelli in materia di verifica dell'efficacia.

Il nuovo testo non implica una limitazione della responsabilità di ognuno nei confronti della propria salute né prevede obblighi comportamentali concreti per singoli individui, determinati gruppi o per l'economia. Promuove piuttosto le competenze di salute e getta le basi per migliorare il comportamento sanitario di ognuno, di determinati gruppi o dell'intera popolazione.

### **Adeguatezza in fase di esecuzione**

Dato che il disegno LPrev non prevede alcun nuovo organo di esecuzione a livello cantonale, per quanto riguarda l'attuazione non esiste alcun doppio rispetto alle leggi vigenti che, dal canto loro, esigono nuovi sforzi in materia di coordinamento.

L'articolo 5 capoverso 2 lettera b come pure l'articolo 10 garantiscono il coordinamento a livello tecnico e contenutistico delle misure del disegno LPrev con le misure di prevenzione degli infortuni e della malattie professionali nonché degli infortuni non professionali ai sensi della LAINF<sup>99</sup>, con le misure di protezione della salute conformemente alla LL<sup>100</sup>, con le misure di prevenzione degli infortuni stradali in virtù della LCStr<sup>101</sup> e con le misure di prevenzione della violenza secondo l'articolo 386 del Codice penale (CP)<sup>102</sup>.

Inoltre, una migliore attribuzione dei compiti tra i servizi federali da un lato e tra la Confederazione e i Cantoni dall'altro non solo rende il sistema più trasparente, ma riduce anche gli oneri di coordinamento e, di riflesso, le spese amministrative.

Conformemente all'articolo 5 capoverso 1 lettera a, spetta al nostro Consiglio provvedere affinché nel quadro dei programmi nazionali vengano realizzate soprattutto le misure che presentano un buon rapporto tra costi e benefici. A tale scopo, la scelta della strategia di intervento concreta (ad es. campagne mediatiche, progetti per un gruppo target specifico, misure strutturali) e la designazione dei gruppi target rivestono un'importanza fondamentale. La stessa efficacia di una misura specifica dipende dai fattori di successo descritti nel numero 1.2.4<sup>103</sup>.

Anche e soprattutto per questo motivo, l'Istituto, in qualità di organo centrale della Confederazione responsabile dell'attuazione delle misure di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce, deve garantire che le informazioni sui modelli di intervento riconosciuti ed efficaci siano facilmente accessibili a tutti gli attori pubblici o privati (cfr. art. 8 cpv. 2 lett. a) e che sia garantita la gestione improntata all'efficacia dei programmi cantonali e dei progetti finanziati con contributi provenienti dai prelievi a favore della prevenzione (art. 8 cpv. 2 lett. b). In ultima analisi, lo sviluppo degli attuali standard di qualità (cfr. art. 8 cpv. 2 lett. c) e la promozione della formazione e del perfezionamento (cfr. art. 16) faranno sì che, al momento della pianificazione e dell'esecuzione di programmi e progetti, ci si potrà avvalere di strumenti di gestione della qualità e le persone incaricate della concezione e dell'attuazione disporranno delle conoscenze tecniche necessarie.

Lo strumento di coordinamento e di gestione strategica degli obiettivi nazionali (cfr. art. 4) e, a livello federale, la strategia per la prevenzione e per la promozione della salute definita dal Consiglio federale (cfr. art. 5) garantiranno che, dal punto di vista delle tematiche, verranno stabilite le giuste priorità, ossia che i programmi nazionali realizzati riguarderanno esclusivamente settori particolarmente importanti per la salute pubblica (ad es. malattie secondarie del tabagismo e del consumo di alcol, malattie causate dalla sedentarietà e da una cattiva alimentazione e malattie mentali gravi). A tenore dell'articolo 13 capoverso 1 lettera a, anche l'impiego dei prelievi a favore della prevenzione (tassa per la prevenzione del tabagismo e supplemento di premio LAMal) per il finanziamento di programmi cantonali e progetti di Confederazione, Cantoni o terzi è limitato esclusivamente a programmi e progetti che servo-

<sup>99</sup> RS **832.20**

<sup>100</sup> RS **822.11**

<sup>101</sup> RS **741.01**

<sup>102</sup> RS **311.0**

<sup>103</sup> Cfr. al riguardo anche Ufficio federale della sanità pubblica: Prevenzione e promozione della salute in Svizzera, Berna, 28 settembre 2007, pag. 39 segg. (Efficacia di campagne di prevenzione e di promozione della salute) e pag. 41 segg. (Efficacia della prevenzione e promozione della salute) – consultabile al sito [www.bag.admin.ch/pgf2010](http://www.bag.admin.ch/pgf2010).

no a raggiungere gli obiettivi nazionali. Le risorse disponibili potranno così essere impiegate in modo tale da sfruttare le sinergie e incrementare l'efficienza.

Non da ultimo, l'efficacia e l'economicità delle misure da adottare conformemente al disegno LPrev, così come della legge stessa (cfr. art 38), dovranno essere periodicamente sottoposte a verifica.

## **2.9 Interventi parlamentari**

Parallelamente ai lavori preliminari del DFI per l'elaborazione del disegno di legge sulla prevenzione e sulla promozione della salute, sono state depositate in Consiglio Nazionale tre mozioni che vanno nello stesso senso.

- *Mozione Schenker 07.3261 del 23 marzo 2007, Prevenzione e promozione della salute*: l'autore della mozione invita il Consiglio federale ad elaborare le basi legali per coordinare la pianificazione, l'attuazione e la valutazione di misure di prevenzione e promozione della salute.
- *Mozione Heim 07.3525 del 22 giugno 2007, Cultura sanitaria. Un fattore centrale nella sanità*: il Consiglio federale è incaricato di presentare provvedimenti volti a promuovere le competenze di salute della popolazione, in particolare, di creare le condizioni quadro giuridiche affinché le competenze in materia di salute siano integrate nei prossimi lavori legislativi sulla prevenzione.
- *Mozione Schenker 07.3544 del 22 giugno 2007, Lotta contro le malattie croniche*: la mozione chiede di elaborare una base legale per coordinare la pianificazione, l'attuazione e la valutazione dei provvedimenti contro le malattie croniche.

Il 28 settembre 2007 il Consiglio federale ha trasmesso al Parlamento le tre mozioni proponendo di accoglierle. Nel frattempo i tre interventi sono stati tolti di ruolo dato che non sono stati discussi entro due anni dalla loro presentazione.

## **3 Commento ai singoli articoli**

### **3.1 Capitolo 1: Prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce**

#### **3.1.1 Sezione 1: Disposizioni generali**

##### *Art. 1*            Oggetto

Conformemente all'articolo 118 capoverso 2 Cost. il disegno disciplina la prevenzione e la diagnosi precoce di malattie umane, per quanto siano trasmissibili, fortemente diffuse o maligne (*cpv. 1 lett. a*; cfr. anche n. 2.4.1), senza distinguere tra malattie somatiche, fisiche o psichiche (cfr. anche commento all'art. 3 lett. d–g). A tenore del *capoverso 1 lettera b*, anche la promozione della salute rientra nel campo di applicazione della LPrev, sempre che contribuisca alla prevenzione delle malattie. Sono invece escluse le misure di promozione volte prima di tutto a creare condizioni di vita che favoriscono la salute (ad es. i provvedimenti finalizzati a migliorare la

qualità di vita nei quartieri residenziali) o che mirano a promuovere il benessere e la qualità di vita in generale.

Non rientrano nel campo di applicazione della legge, in quanto già disciplinate da leggi specifiche, nemmeno la sicurezza sul lavoro e la protezione della salute sul posto di lavoro (LAINF<sup>104</sup> e LL<sup>105</sup>), la prevenzione degli infortuni non professionali (LAINF), la prevenzione degli incidenti nel traffico stradale (LCStr<sup>106</sup>) e la prevenzione della violenza (art. 386 CP<sup>107</sup>). L'articolo 10 assicura il coordinamento tra le misure contemplate dalla LPrev e le altre.

La presente legge è invece applicabile per analogia alle misure di prevenzione del suicidio e del bisogno di cure, nella misura in cui mirano alla prevenzione delle malattie psichiche o mentali soggiacenti.

La legge disciplina inoltre i compiti, l'organizzazione e il finanziamento dell'Istituto svizzero per la prevenzione e la promozione della salute (*cpv. 1 lett. c*)

Il *capoverso 2* regola il rapporto tra la legge sulla prevenzione e le disposizioni specifiche in materia di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce, facendo proprio il principio secondo cui la norma più specifica prevale su quella generale. Sono quindi fatte salve in particolare le disposizioni

- della LEp<sup>108</sup> relative alle misure specifiche di prevenzione e di lotta per proteggere la popolazione dalle malattie trasmissibili;
- della LStup<sup>109</sup> concernenti le misure assistenziali e di medicina sociale volte alla prevenzione e alla terapia dell'abuso di stupefacenti;
- dell'articolo 12 LDerr<sup>110</sup> relative all'informazione sulle conoscenze scientifiche di interesse generale in ambito nutrizionale e dell'articolo 67 LATer<sup>111</sup> relative all'informazione sull'utilizzazione corretta degli agenti terapeutici;
- della LAlc<sup>112</sup> concernenti le misure di prevenzione del consumo nocivo di alcol, i divieti di pubblicità e le disposizioni specifiche per la tutela dei giovani;
- della legge federale del 17 marzo 1972<sup>113</sup> che promuove la ginnastica e lo sport relative alle misure per la promozione dell'attività fisica; e
- sull'assunzione dei costi di misure individuali di prevenzione e di diagnosi precoce da parte dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

La disposizione di cui al *capoverso 2* non significa che gli strumenti di gestione strategica e di coordinamento (obiettivi nazionali di cui all'art. 4 e strategia del Consiglio federale di cui all'art. 5) non possano essere applicati negli ambiti contemplati dalle leggi specifiche citate. Per raggiungere l'obiettivo perseguito è infatti

<sup>104</sup> RS **832.20**

<sup>105</sup> RS **822.11**

<sup>106</sup> RS **741.01**

<sup>107</sup> RS **311.0**

<sup>108</sup> RS **818.101**

<sup>109</sup> RS **812.121**

<sup>110</sup> RS **817**

<sup>111</sup> RS **812.21**

<sup>112</sup> RS **680**

<sup>113</sup> RS **415.0**; la legge è attualmente oggetto di una revisione totale. Il 13 maggio 2009 il Consiglio federale ha incaricato il DDPS di elaborare il disegno di legge e il messaggio entro fine 2009.

indispensabile una strategia globale di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce che includa anche questi importanti ambiti tematici. Inoltre, i programmi nazionali di cui all'articolo 6 possono contribuire a pilotare e uniformare le misure previste dalle leggi summenzionate.

## Art. 2 Scopo

Secondo il *capoverso 1*, il disegno LPrev non si limita a tutelare gli individui dalle malattie trasmissibili, fortemente diffuse e maligne. La nuova normativa mira anche a ridurre l'impatto (finanziario) di queste malattie sulla popolazione e sull'economia, in particolare a contrastare l'aumento dei costi sanitari e dei premi dell'assicurazione malattie e prolungare la capacità lavorativa dei lavoratori. Si propone quindi di rispondere alla necessità, dettata dallo sviluppo demografico, di migliorare la speranza di vita in salute (ossia senza malattie o disabilità), l'efficienza funzionale (psichica e fisica) della popolazione e, in ultima istanza, la capacità di partecipazione alla vita sociale.

Il *capoverso 2* illustra nei dettagli gli obiettivi del disegno di legge.

*Lettera a*: le competenze di salute sono la capacità del singolo di prendere quotidianamente decisioni che influiscono positivamente sulla salute. Va rilevato che le possibilità personali di migliorare le proprie competenze sono influenzate in modo massiccio dall'età, l'origine, la competenza personale e da condizioni quadro esterne. Le competenze di salute garantiscono l'autodeterminazione e permettono all'individuo di esercitare la propria libertà di scelta e di decisione. Infine, migliorano la capacità di reperire e capire informazioni e di assumere la responsabilità per la propria salute.

Le competenze di salute comprendono cinque dimensioni<sup>114</sup>:

- *salute personale*: gestione individuale della salute; conoscenze e adozione di comportamenti salutari nella cura personale e nell'assistenza familiare;
- *comportamento di consumo*: capacità di tener conto degli elementi legati alla salute nella scelta dei prodotti e delle prestazioni da acquistare;
- *mondo del lavoro*: evitare infortuni e malattie professionali, impegnarsi per la sicurezza, per condizioni di lavoro sane e per un migliore equilibrio tra lavoro e vita privata;
- *capacità di orientamento*: capacità di orientarsi nel sistema sanitario e di proporsi come partner competente rispetto al personale specializzato;
- *politica sanitaria*: azione informata nel campo della politica sanitaria (tutela dei diritti alla salute, pareri su questioni sanitarie, partecipazione a organizzazioni di pazienti e a organizzazioni attive nel campo della salute).

*Lettera b*: sono le condizioni di vita sociali, culturali e ambientali a influenzare la scelta, da parte di un individuo, di adottare uno stile di vita piuttosto salutare o piuttosto a rischio, indipendentemente dalla sua costituzione. Quest'aspetto va quindi considerato quando si definiscono le misure di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce. È inoltre importante che la promozione del comportamento sanitario non venga considerata isolatamente ma sia sempre messa in relazione

<sup>114</sup> Kickbusch, I., Maag, D., Saan H.: Enabling healthy choices in modern health societies. Paper for the European Health Forum Bad Gastein 2005.

con i vari ambiti della vita sociale (ad es. scuola, attività del tempo libero, condizioni di lavoro). In questo senso, attraverso la LPrev, si intendono creare le condizioni quadro e i presupposti che permettano e incoraggino i vari gruppi di popolazione ad adottare decisioni positive per la loro salute. Tuttavia, le misure di prevenzione comportamentale e/o strutturale (cfr. art. 3 lett. a) non si possono fondare sulla LPrev, bensì sulle rispettive leggi specifiche federali e cantionali<sup>115</sup>.

Quando si definiscono le condizioni quadro e i presupposti, occorre tenere conto delle esigenze e delle possibilità dei vari gruppi target (ad es. bambini e giovani, anziani, persone con un background migratorio, disabili). Va inoltre rilevato che sovente si tratta di condizioni ampiamente influenzate da politiche che esulano dalla politica sanitaria vera e propria. Spesso le misure di politica sanitaria per la promozione della salute e del benessere non sono sufficientemente incisive e vengono messe in ombra da misure e tendenze di altri settori politici. Una politica sanitaria efficace dovrebbe poter godere di un consenso vasto e trasversale e provvedere affinché gli aspetti sanitari vengano integrati nelle pianificazioni e nelle decisioni di politica settoriale. Questo è l'obiettivo della politica sanitaria multisettoriale (cfr. anche i commenti sulla lett. e)<sup>116</sup>.

*Lettera c:* negli ultimi decenni la longevità in Svizzera è aumentata. Sempre più persone hanno una speranza di vita elevata e una salute relativamente buona. Tuttavia, le probabilità di vivere a lungo in salute non sono uguali per tutti. Studi scientifici hanno evidenziato che anche in Svizzera le persone con uno status sociale basso (ad es. basso grado di istruzione, bassa posizione lavorativa e/o reddito basso) si ammalano con maggiore frequenza e muoiono prima rispetto alle persone che appartengono ad uno status sociale più elevato<sup>117</sup>. Oltre allo status socioeconomico, anche aspetti socioculturali quali età, sesso, stato civile, nazionalità, background migratorio o disabilità possono portare a disuguaglianze nella salute. Questi gruppi sono quindi esposti a un rischio maggiore (maggiore vulnerabilità) e hanno meno facilmente accesso alle prestazioni sanitarie come pure a quelle di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce.

Le misure previste dal disegno di legge devono contribuire a migliorare le pari opportunità nella salute. Da un lato vanno adottate misure di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce specifiche per i gruppi di persone per i quali vi è un bisogno di intervento particolare a causa della loro vulnerabilità. Qui, le strategie di gender mainstreaming, migration mainstreaming e disability mainstreaming<sup>118</sup> potrebbero fungere da linee guida per rispondere al particolare bisogno di intervento dei gruppi sfavoriti in tutte le fasi e i processi di prevenzione, promozione della

<sup>115</sup> Secondo il principio di legalità le misure strutturali di prevenzione vanno disciplinate a livello di legge. Non possono essere regolamentate da disposizioni esecutive o ordinanze.

<sup>116</sup> Cfr. ad esempio Ufficio federale della sanità: Leitbild für eine multisektorale Gesundheitspolitik - Berna, settembre 2005 – consultabile nel sito: [www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00403/index.html?lang=de](http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00403/index.html?lang=de). Non disponibile in italiano.

<sup>117</sup> Cfr. ad esempio Meyer K. (Hrsg), Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008, Berna, 2009 o Caritas Svizzera: Gesundheit – eine soziale Frage. Sozialalmanach 2003, Lucerna, 2003 o Bopp M., Minder Ch.: Mortality by education in German speaking Switzerland, 1990–1997: Results from the Swiss National Cohort. In: International Journal of Epidemiology 2003, n. 32, pag. 346–354.

<sup>118</sup> Per gender, migration e disability mainstreaming si intende l'organizzazione, il miglioramento, lo sviluppo e la valutazione di processi decisionali allo scopo di integrare a tutti i livelli e in tutte le fasi il punto di vista specifico del genere e del contesto migratorio.



salute e diagnosi precoce. Dall'altro servono provvedimenti anche in altri settori politici (politica sociale, economica o dell'educazione) per migliorare le condizioni di vita di questi gruppi di persone.

Le lettere d-g illustrano i cambiamenti strutturali e organizzativi ai quali punta il disegno. Oltre a migliorare la gestione strategica e il coordinamento (*lett. d*), la nuova legge si prefigge in particolare di considerare maggiormente i determinanti della salute (cfr. art. 3 lett. h) e di integrare meglio gli altri settori politici (politica sociale, dell'educazione, dell'integrazione, economica o ambientale) nella pianificazione e nella realizzazione di misure di prevenzione, di promozione della salute e, per quanto possibile, di diagnosi precoce (approccio globale, *lett. e*; cfr. anche commento alla *lett. b*). Non da ultimo mira a garantire la qualità e a promuovere l'efficacia delle misure (*lett. f*). Per raggiungere quest'obiettivo si prevede di sviluppare l'attività di reporting (migliorare la base di dati), di ottimizzare gli standard di qualità e di valutare periodicamente le singole misure di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce. In questo contesto va precisato che il termine «qualità» si riferisce all'idoneità delle misure per il gruppo target e il genere cui sono destinate oltre che all'elevata efficienza ed efficacia (grado elevato di conseguimento degli obiettivi e buon rapporto tra costi e benefici).

Il capoverso 3 sottolinea in primo luogo che le misure adottate in virtù del disegno non devono pregiudicare il diritto all'autodeterminazione individuale né l'autonomia decisionale di ciascuno. Questa prescrizione deriva dal principio sancito dal diritto costituzionale secondo cui lo Stato, nell'applicare la legge, non può oltrepassare i limiti delle proprie competenze, ossia non può interferire nella sfera delle libertà individuali e avviare misure che potrebbero limitare in modo inammissibile i diritti e le libertà fondamentali del singolo, tra cui la libertà economica. In secondo luogo, le misure adottate in virtù della nuova legge non devono rimettere in discussione la diversità culturale della popolazione, in particolare le caratteristiche socio-culturali dei vari gruppi, anche se, d'altro canto, devono essere concepite in modo da rispondere ai bisogni specifici dei vari gruppi.

Il procedimento specifico per i vari gruppi target individua i gruppi particolarmente importanti per determinate misure di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce sulla base di dati epidemiologici. Le misure vengono in seguito impostate in funzione delle risorse (competenze linguistiche o istruzione) e delle esigenze specifiche dettate da fattori quali sesso, background migratorio, orientamento sessuale o disabilità dei rispettivi gruppi. In questo modo si incrementa l'efficacia delle misure e si tutela il principio delle pari opportunità.

### Art. 3 Definizioni

Il concetto di salute è vago, come è del resto il caso per molti altri concetti che figurano nella Costituzione. Poiché non è definito dal diritto, occorre precisarlo volta per volta, rinviando a definizioni tecnico-scientifiche<sup>119</sup>.

<sup>119</sup> Una delle definizioni più conosciute del termine è stata data dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS). Secondo la definizione del 1948 la salute è «uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non consiste solo in un'assenza di malattia o d'infermità. Il possesso del migliore stato di salute possibile costituisce un diritto fondamentale di ogni essere umano» (preambolo; Costituzione dell'Organizzazione mondiale della Sanità del 22 luglio 1946; RS **0.810.1**). Pertanto, il concetto di salute va ben oltre l'assenza di malattia.

Le definizioni di cui all'articolo 3 partono dal principio secondo cui la salute può essere espressa come una variabile in costante movimento in un continuum tra due estremi, ossia «assenza di malattia» e «massimo grado di malattia». Lo stato di salute si configura come il punto di equilibrio tra fattori patogeni e fattori «salutogeni». Questo equilibrio, da ripristinare costantemente, è influenzato da quattro fattori: le condizioni psico-fisiche, lo stile di vita personale, l'ambiente e le condizioni di vita (ad es. formazione, lavoro ecc.) e infine l'assistenza medica (sistema sanitario)<sup>120</sup>. La salute è quindi vista come un valore personale e sociale che si estende ben oltre la semplice assenza di malattia.

La *lettera a* fornisce una definizione del termine «prevenzione». Si possono distinguere tre forme di prevenzione: prevenzione primaria, secondaria e terziaria.

- *Prevenzione primaria*: misure mirate per ridurre l'insorgenza di una malattia o di un problema di salute. Le misure sono finalizzate alla riduzione o all'attenuazione dei fattori di rischio e al rafforzamento dei fattori di protezione (promozione della salute). La prevenzione primaria è destinata generalmente a tutta la popolazione.
- *Prevenzione secondaria*: misure mirate volte alla diagnosi precoce di malattie o di disturbi in persone e gruppi che presentano fattori di rischio conosciuti o che presentano già dei sintomi.
- *Prevenzione terziaria*: misure mirate per prevenire danni consecutivi a una malattia preesistente.

Viene inoltre fatta una distinzione tra prevenzione comportamentale e prevenzione strutturale.

- La *prevenzione comportamentale* comprende le misure volte ad influenzare il comportamento delle persone per permettere loro di gestire autonomamente i rischi sanitari e migliorare le competenze di salute, in particolare le misure di informazione, educazione e consulenza.
- La *prevenzione strutturale* contempla le misure volte a influenzare le condizioni di vita, di lavoro e ambientali. Si può trattare di misure regolatorie (ad es. tasse sull'alcol o sul tabacco, divieti di vendita) o di misure per promuovere determinati comportamenti salutari (ad es. costruzione di piste ciclabili, distribuzione gratuita di preservativi). La maggior parte di queste misure va oltre l'ambito di competenza della politica sanitaria (cfr. commenti all'art. 2 cpv. 2 lett. b).

La *lettera b* definisce il concetto di «promozione della salute». La promozione della salute mira a proteggere la salute degli individui e a prevenire le malattie incentivando comportamenti salutari, quali un'alimentazione equilibrata, un'attività fisica regolare, l'astensione dal fumare o un consumo di alcol moderato (fattori individuali) e migliorando le condizioni di vita favorevoli alla salute (fattori collettivi). Pertanto, comprende azioni e attività finalizzate non solo a sviluppare le conoscenze e le capacità individuali per mezzo dell'empowerment<sup>121</sup> e della partecipazione, ma

<sup>120</sup> Hurrelmann K., Klotz T., Haisch J.: Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 2007, Berna; 2a ed. rivista.

<sup>121</sup> Per empowerment si intendono le misure e le strategie adatte a incrementare il grado di autonomia e autodeterminazione nella vita di individui o comunità e a permettere loro di rappresentare e organizzare i propri interessi autonomamente, con piena responsabilità e autodeterminazione.

anche a modificare i determinanti della salute (cfr. lett. h) in modo tale che essi abbiano un impatto positivo sulla salute degli individui e della popolazione. Non rientrano tuttavia nel campo di applicazione della LPrev (cfr. commenti all'art. 1 cpv. 1 lett. b).

La *lettera c* definisce il termine di «diagnosi precoce». Le misure di diagnosi precoce permettono di individuare malattie, o rischi di malattia, di cui i diretti interessati non sono a conoscenza. Poiché si mira a ottenere un beneficio potenziale superiore al rischio e mantenere i costi a un livello sostenibile, le misure di diagnosi precoce su larga scala (programmi nazionali di screening) possono essere realizzate solo se soddisfano una serie di criteri chiaramente definiti. Ad esempio, la malattia in questione deve permettere un trattamento precoce, il metodo di diagnosi utilizzato dev'essere validato (affidabile) e il programma di diagnosi dev'essere efficace ed efficiente.

La *lettera d* dà una definizione di «malattia», che contempla tutte le malattie fisiche e mentali classificabili dal punto di vista medico e riconosciute dall'OMS. La definizione si fonda sulla formulazione di cui all'articolo 3 della legge federale del 6 ottobre 2000<sup>122</sup> sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA). Sulla base dell'articolo 118 capoverso 2 lettera b Cost., il campo d'applicazione del disegno comprende solo le malattie specificate nelle *lettere e-g* (cfr. anche art. 1 cpv. 1 lett. a e n. 2.4.1)<sup>123</sup>. Nelle malattie trasmissibili rientrano in particolare l'AIDS, la tubercolosi o l'influenza stagionale. Tra le malattie fortemente diffuse troviamo le malattie cardiocircolatorie, la depressione o il diabete; tra quelle maligne vi sono i tumori, le malattie reumatiche o la schizofrenia.

La *lettera h* contempla una definizione del termine «determinanti della salute». Dal punto di vista politico i principali determinanti della salute – ossia le condizioni quadro strutturali per la salute – concernono sei campi di intervento: a) sicurezza sociale e pari opportunità, b) occupazione e mondo del lavoro, c) formazione e qualifiche, d) habitat e ambiente naturale, e) abitazione e mobilità, f) sicurezza alimentare e alimentazione. Studi scientifici evidenziano che queste condizioni quadro influenzano la salute degli individui o di singoli gruppi alla stregua dei fattori biologico-genetici, lo stile di vita personale o l'accesso a strutture sanitarie di qualità: le persone che hanno un livello socioeconomico basso (formazione, posizione professionale, reddito) e le persone in condizioni di precarietà o senza un permesso di soggiorno sicuro hanno maggiori probabilità di contrarre una malattia, presentano un carico di malattia più alto e muoiono più precocemente rispetto ad altri gruppi. Inoltre, adottano un comportamento sanitario più rischioso. Poiché il sistema sanitario, da solo, ha poco influsso sulle condizioni quadro, per migliorare i determinanti della salute occorre una politica della salute intersettoriale che inglobi tutti i settori politici (cfr. anche art. 2 cpv. 2 lett. e).

La *lettera i* definisce il termine «programma». I programmi sono efficaci ed efficienti quando le diverse misure nell'ambito di un progetto globale sono coordinate, sviluppate e orientate al conseguimento di obiettivi superiori e la loro applicazione è gestita da un unico servizio competente. I programmi hanno obiettivi, campi di applicazione, durata e budget limitati (cfr. anche commenti all'art. 6).

<sup>122</sup> RS 830.1

<sup>123</sup> La lettera e dovrà essere adeguata dopo l'entrata in vigore della revisione totale della legge del 18 dicembre 1970 sulle epidemie (RS 818.101).

*Art. 4*      Obiettivi nazionali

La ripartizione delle competenze sancita dalla Costituzione prevede che l'esecuzione delle misure di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce spetta in primo luogo ai Cantoni. Tuttavia, vista la molteplicità di iniziative e strategie promosse anche nel settore della lotta alle malattie trasmissibili, fortemente diffuse o maligne sia dal settore privato che da quello pubblico è ormai evidente che occorre migliorare il coordinamento e l'efficienza delle misure e utilizzare le risorse fissando priorità chiare in materia di politica della salute e rafforzando la collaborazione verticale e orizzontale tra i vari attori. Nel mandato conferito il 28 settembre 2007 (cfr. n. 1.4.5), abbiamo chiesto di definire priorità e di migliorare la gestione strategica e il coordinamento attraverso la formulazione di obiettivi nazionali di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce.

Il *capoverso 1* sottolinea che il processo di formulazione degli obiettivi è di responsabilità del Consiglio federale. Il nostro Consiglio incaricherà il DFI (UFSP) di avviare il processo e lo concluderà con un suo decreto che approverà formalmente gli obiettivi nazionali. La formulazione e l'adozione degli obiettivi nazionali si inquadrano in un processo ciclico che si articola nelle seguenti tappe: conferimento del mandato, formulazione degli obiettivi, adozione degli obiettivi, attuazione, verifica del raggiungimento degli obiettivi e resoconto. A tenore del *capoverso 1* questo ciclo va ripetuto ogni otto anni. Nell'ambito della verifica regolare del raggiungimento degli obiettivi (cfr. art. 20 cpv. 1) occorre garantire che gli obiettivi possano essere adeguati al mutamento delle condizioni anche in corso d'opera. Il termine è stato fissato a 8 anni dato che, secondo le esperienze nazionali e internazionali, gli effetti delle misure di prevenzione e di promozione della salute si manifestano generalmente solo dopo un certo periodo. Il ciclo di 8 anni ci permetterà inoltre di coordinare i contenuti e la tempistica con il programma di legislatura, che dura 4 anni. Le misure necessarie al conseguimento degli obiettivi nazionali sono concretizzate e definite nell'ambito dell'elaborazione della strategia del Consiglio federale (art. 5) e dei programmi nazionali (art. 6).

Per ragioni di diritto costituzionale, gli obiettivi nazionali vanno formulati nel senso di obiettivi specifici per malattia e, in conformità con la formulazione di cui all'articolo 118 capoverso 2 lettera b Cost., devono avere quale oggetto malattie trasmissibili, fortemente diffuse o maligne.

Esempi di obiettivi specifici per malattia<sup>124</sup>

<b>Danimarca</b>	The growth rate in the number of people with non-insulin-dependent diabetes should be reduced (fonte: Healthy throughout life, 2002–2010).
<b>Germania</b>	Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln (fonte: Gesundheitsziele.de).
<b>Alta Austria</b>	Bis zum Jahr 2010 sollte die Häufigkeit von Diabetesfolgen wie Amputationen, Blindheit, Nierenversagen, Schwangerschaftskomplikationen und andere Gesundheitsstörungen um 15 % gegenüber dem Jahr 2000 reduziert werden (fonte: 10 Gesundheitsziele für das 21. Jahrhundert).
<b>Svizzera</b>	Alkoholkonsum Jugendlicher geht bis zum Jahr 2010 unter das Niveau von 1990 zurück (fonte: Gesundheitsziele für die Schweiz 2002)
<b>USA</b>	Reduce the number of new cancer cases as well as the illness, disability, and death caused by cancer (fonte: Healthy People 2010).

Il processo, che durerà circa 18 mesi, è impostato su base partecipativa e può essere suddiviso in quattro fasi.

- *Fase 1*: un organismo istituito congiuntamente dal DFI e dalla Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS), composto da esperti di Confederazione, Cantoni, organizzazioni specializzate e cerchie scientifiche, elabora le basi scientifiche per la formulazione degli obiettivi e una prima versione degli obiettivi.
- *Fase 2*: Confederazione, Cantoni e cerchie interessate discutono la prima versione degli obiettivi. I risultati vengono riassunti in un rapporto intermedio. In seguito, gli obiettivi vengono discussi sul piano politico con i membri delle commissioni parlamentari e con i decisori della politica, della società e del mondo economico. Su questa base, si allestisce la seconda versione degli obiettivi.
- *Fase 3*: conformemente all'articolo 10 della legge del 18 marzo 2005<sup>125</sup> sulla consultazione (LCo), viene condotta una consultazione scritta.
- *Fase 4*: in questa fase, il Consiglio federale e l'assemblea plenaria della CDS approvano gli obiettivi. Gli attori non statali sono invitati a firmare una dichiarazione di impegno volontario concernente l'attuazione degli obiettivi.

Visto però che sono soprattutto i Cantoni a realizzare misure di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce, è necessario coinvolgerli attivamente nell'elaborazione di questi obiettivi (collaborazione qualificata). In questo senso, il dialogo tra Confederazione e Cantoni sulla politica nazionale della sanità potrebbe

<sup>124</sup> Gli obiettivi sono riportati nella versione originale.  
 Fonti: *Danimarca*: Government of Denmark: Healthy throughout Life – the targets and strategies for public health policy of the Government of Denmark, 2002–2010; settembre 2002. *Germania*: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung: gesundheitsziele.de – Forum Gesundheitsziele Deutschland, 2008. *Austria*: Institut für Gesundheitsplanung: 10 Gesundheitsziele für Oberösterreich, 2000, aggiornato nel 2006. *Svizzera*: Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen: Gesundheitsziele für die Schweiz, 2002. *USA*: U.S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2010: Understanding and Improving Health. 2a ed., novembre 2000.

<sup>125</sup> RS 172.061

fungere da piattaforma strategica<sup>126</sup>. Inoltre, per il nostro Consiglio è fondamentale che gli obiettivi vengano formulati nell'ambito di un processo partecipativo che goda di ampio consenso, al fine di garantire la legittimità e l'applicabilità degli obiettivi. In sede di formulazione degli obiettivi occorre tenere conto sia delle evidenze scientifiche, sia della fattibilità politica e pratica.

Tra gli «ambienti interessati» menzionati nel *capoverso 2* vi sono le organizzazioni e le istituzioni private e statali interessate direttamente o indirettamente dagli obiettivi nazionali. Si tratta tra l'altro delle commissioni competenti delle Camere federali, gli organi intercantionali di coordinamento<sup>127</sup>, Città e Comuni, le organizzazioni professionali e specializzate mediche e non mediche, gli organi della ricerca (ossia le università e le scuole universitarie professionali), le organizzazioni private di prevenzione e promozione della salute nonché di altre associazioni professionali che si occupano anche di prevenzione e promozione della salute, le organizzazioni di pazienti, gli assicuratori malattie e infortuni e le associazioni del commercio e dell'economia.

Per il nostro Consiglio e gli uffici federali competenti, gli obiettivi nazionali sono linee guida vincolanti di cui tenere conto nell'elaborazione della strategia di prevenzione e promozione della salute (cfr. art. 5 cpv. 2). Per gli altri attori coinvolti nel processo, in particolare i Cantoni, gli obiettivi nazionali hanno unicamente valore di direttiva (cfr. commenti all'art. 11 cpv. 2 in merito all'importanza degli obiettivi nazionali ai fini dell'elaborazione delle misure e dei programmi cantonali). Affinché gli obiettivi acquisiscano un carattere vincolante sul piano politico, o piuttosto affinché vi sia la disponibilità ad attuarli, occorre cercare un processo partecipativo di formulazione (cfr. sopra).

Secondo il *capoverso 3*, gli obiettivi vanno formulati appoggiandosi su basi scientifiche, ossia sui rapporti periodici sulla salute ai sensi dell'articolo 19 capoverso 1 che integrano anche i determinanti della salute, sul rapporto nazionale sulla salute (*lett. a*; cfr. anche art. 19), sullo stato attuale della scienza (*lett. b*) e sulle raccomandazioni e direttive delle organizzazioni internazionali (*lett. c*). Il fabbisogno dei vari gruppi di popolazione (ad es. bambini e giovani, anziani, persone con un background migratorio) va rilevato sulla base di rapporti differenziati secondo fattori sociodemografici, nell'ambito di progetti di ricerca o attraverso sondaggi demografici puntuali (*lett. d*).

Nella loro impostazione concreta gli obiettivi nazionali vanno formulati in modo da poter essere verificati. Ciò significa che devono contenere valori quantificabili e/o indicatori. Solo così è possibile garantire che il Consiglio federale e i Cantoni possano valutare regolarmente il conseguimento degli obiettivi (cfr. art. 20 cpv. 1).

<sup>126</sup> Convenzione del 15 dicembre 2003 tra la Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS) e la Confederazione svizzera (rappresentata dal Dipartimento federale dell'interno, DFI) concernente la Politica nazionale svizzera della sanità.

<sup>127</sup> Per organi intercantionali di coordinamento si intendono ad esempio la Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS), la Conferenza dei direttori cantonali delle opere sociali (CDOS), la Conferenza svizzera dei direttori cantonali della pubblica educazione (CDPE), l'Unione delle Città svizzere o l'Associazione dei Comuni svizzeri.

Art. 5 Strategia del Consiglio federale

La strategia di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce è lo strumento con gestiamo, coordiniamo e realizziamo gli obiettivi nazionali (cfr. art. 4).

A tenore del *capoverso 1*, il Consiglio federale stabilisce le priorità della politica di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce. La strategia deve pertanto fornire un messaggio coerente a tutta l'Amministrazione federale, coordinare le attività dei servizi federali e delle commissioni extraparlamentari. Deve inoltre assicurare l'armonizzazione tra compiti e finanze (cfr. anche n. 2.5) e promuovere l'impiego efficiente delle risorse. La durata della strategia è di quattro anni e segue il ciclo del programma di legislatura.

Il *capoverso 1* esplicita gli elementi che la strategia di prevenzione e promozione della salute deve contenere. Queste direttive si rivolgono sia agli uffici competenti dell'amministrazione centrale sia all'Istituto. A complemento delle linee strategiche di cui alle *lettere a – d*, il Consiglio federale può prevedere anche misure strutturali per conseguire gli obiettivi nazionali. Tra di essere possono figurare ad esempio nuove norme legali o revisioni parziali di leggi vigenti. L'elaborazione e l'applicazione di tali misure così come l'armonizzazione con il programma di legislatura ai sensi dell'articolo 146 della legge federale del 13 dicembre 2002<sup>128</sup> sull'Assemblea federale (LParl) incombono agli uffici dell'amministrazione centrale. Occorre inoltre garantire il coordinamento e l'armonizzazione con i contenuti della Strategia per uno sviluppo sostenibile del Consiglio federale<sup>129</sup>.

Secondo la *lettera a*, la strategia stabilisce ogni quattro anni gli obiettivi strategici dell'Istituto in linea con i principi di governo d'impresa del Consiglio federale<sup>130</sup>. Il nostro Consiglio può formulare a destinazione dell'Istituto determinate direttive, concernenti ad esempio la collaborazione internazionale, il management della qualità sul piano interno o la gestione delle risorse. Le direttive concernenti i compiti concretizzano i compiti fissati dalla LPrev. L'Istituto deve essere coinvolto nell'elaborazione degli obiettivi strategici del Consiglio federale.

Secondo la *lettera b*, la strategia del Consiglio federale deve definire le linee direttrici dei programmi nazionali di cui all'articolo 6. Ciò significa che il Consiglio federale fissa i temi dei programmi nazionali, elaborati e attuati dall'Istituto conformemente all'articolo 6, tenuto conto degli obiettivi nazionali. Il Consiglio federale può inoltre fissare altre esigenze, ad esempio la presa in considerazione di determinati gruppi di persone (ad es. bambini e giovani, anziani, persone con un background migratorio, disabili) o di determinati ambiti di vita (ad es. scuole, posto di lavoro).

In virtù della *lettera c*, la strategia del Consiglio federale riporta i progetti previsti o realizzati per i quali occorre una valutazione dell'impatto sulla salute conformemente all'articolo 9 data la loro portata sanitaria particolare. La selezione dei progetti può poggiare, tra l'altro, su un'analisi della rilevanza, come ad esempio avviene

<sup>128</sup> RS 171.10

<sup>129</sup> Dal 1997 la Strategia per uno sviluppo sostenibile serve al Consiglio federale da base per l'attuazione del mandato costituzionale della sostenibilità in Svizzera. L'attuale strategia contiene, oltre alle linee guida della politica federale, un piano d'azione con obiettivi concreti per l'attuale periodo di legislatura (2008–2011). Scaricabile al sito: <http://www.are.admin.ch/themen/nachhaltig/00262/00528/index.html?lang=it>.

<sup>130</sup> FF 2006 7545

nell'ambito della valutazione della sostenibilità<sup>131</sup>. Se nel periodo di validità della strategia venisse lanciato un ulteriore progetto di portata particolare per la salute della popolazione o di determinati gruppi, il Consiglio federale può prevedere l'esecuzione di una valutazione dell'impatto sulla salute anche mediante decreto.

Secondo la lettera *d*, il nostro Consiglio fissa ogni quattro anni le linee guida per l'impiego dei prelievi a favore della prevenzione di cui all'articolo 12 e per la concessione degli aiuti finanziari di cui all'articolo 14<sup>132</sup>. Quando utilizza i prelievi a favore della prevenzione, esso deve in particolare decidere la quota da destinare al finanziamento di programmi nazionali di cui all'art. 6 e la quota da destinare ai programmi cantonali o a singoli progetti (cfr. art. 12). Inoltre, conformemente all'articolo 13 capoverso 2 della legge del 5 ottobre 1990<sup>133</sup> sugli aiuti finanziari e le indennità (LSu), occorre fissare le priorità da applicare qualora le domande presentate superassero i mezzi a disposizione. Fissando modalità adeguate in sede di presentazione dei conti dell'Istituto (cfr. art. 34) si garantisce la verificabilità del rispetto delle linee strategiche del Consiglio federale. Infine, la strategia del Consiglio federale definisce la chiave di ripartizione per gli aiuti finanziari da destinare alle organizzazioni nazionali di utilità pubblica, ad esempio le leghe che offrono servizi agli ammalati cronici nella prevenzione primaria e secondaria. Occorre in particolare evitare i cumuli di sussidi.

Infine, ai sensi della lettera *e* la strategia del Consiglio federale definisce l'indirizzo per lo sviluppo della statistica sanitaria e dei rapporti sulla salute di cui agli articoli 17 e 19. I dati statistici sulla salute e i rapporti nazionali basati su dati scientifici sono indispensabili ai fini di una politica mirata di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce.

A tenore del capoverso 2 il nostro Consiglio fonda la propria strategia sugli obiettivi nazionali. Secondo la lettera *a*, in sede di elaborazione della strategia occorre analizzare anche l'impatto potenziale sulla società, l'economia e l'ambiente, al fine di evitare inutili carichi per singoli individui o gruppi di persone e imprese.

Tecnicamente, la prevenzione e la diagnosi precoce delle malattie di cui all'articolo 1 sono strettamente correlate con altri settori della prevenzione, in particolare con la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali e degli infortuni non professionali secondo la LAINF<sup>134</sup>, la protezione della salute secondo la LL<sup>135</sup>, la prevenzione degli incidenti nel traffico stradale secondo la LCStr<sup>136</sup> e la prevenzione della violenza secondo l'articolo 386 CP<sup>137</sup>. Per questo motivo, la lettera *b* stabilisce che nella nostra strategia dovremo tener conto delle misure di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce previste dalle leggi menzionate.

<sup>131</sup> Cfr. Ufficio federale dello sviluppo territoriale: Valutazione della sostenibilità. Guida pratica per i servizi federali ed altri interessati, Berna, novembre, 2008; consultabile al link: <http://www.are.admin.ch/themen/nachhaltig/00270/03005/index.html?lang=it>.

<sup>132</sup> Nell'ambito della prevista revisione totale della LAIc si dovrà inoltre valutare l'opportunità di inserire nella strategia del Consiglio federale anche le direttive per l'erogazione di contributi provenienti dalla tassa sull'alcol a organizzazioni e istituti nazionali o intercantonali per misure a favore della prevenzione (nel senso dell'attuale articolo 43a LAIc).

<sup>133</sup> RS 616.1

<sup>134</sup> RS 832.20

<sup>135</sup> RS 822.11

<sup>136</sup> RS 741.01

<sup>137</sup> RS 311.0



Il DFI (UFSP) dirige il processo per l'elaborazione della strategia del Consiglio federale, al quale collaborano l'Istituto e altri servizi federali interessati. Secondo il *capoverso 3* i Cantoni vanno coinvolti nel processo con una procedura ancora da definire nel dettaglio. Prima di decidere, deve consultare le altre organizzazioni o istituzioni interessate direttamente o indirettamente dalla strategia (cfr. anche art. 4 cpv. 2) nel quadro di un'indagine conoscitiva ai sensi dell'articolo 10 LCo<sup>138</sup>.

### **3.1.3 Sezione 3: Misure della Confederazione e dei Cantoni**

#### *Art. 6* Programmi nazionali

Questi programmi sono essenzialmente riservati a tematiche complesse e multidisciplinari (ad es. prevenzione dell'alcolismo e del tabagismo, promozione di un'alimentazione equilibrata e dell'attività fisica regolare, prevenzione delle malattie mentali, prevenzione e diagnosi precoce di tumori) che possono essere affrontate efficacemente solo con misure coordinate.

I programmi nazionali possono focalizzarsi su un dato rischio sanitario o su una data malattia oppure – in vista di eliminare le disuguaglianze nella salute menzionate nell'articolo 2 capoverso 2 lettera c – su uno gruppo (ad es. migranti, anziani, disabili ecc.) o su un «setting» specifico (scuola, azienda, Comune ecc.).

Conformemente all'articolo 5 capoverso 1 lettera b, le linee strategiche dei programmi nazionali e le tematiche affrontate sono da noi definite in funzione degli obiettivi nazionali (cfr. art. 5). Sulla base di queste linee guida, l'Istituto fissa sotto forma di programma nazionale i campi di intervento nei rispettivi ambiti e le misure previste dalla Confederazione per i quattro o gli otto anni successivi (ad es. campagne o modelli di intervento di portata nazionale; cfr. cpv. 2 sotto). Coinvolgendo i Cantoni e le cerchie interessate (cfr. cpv. 3 sotto), l'elaborazione dei programmi nazionali offre all'Istituto la possibilità di allineare e coordinare le proprie attività in un determinato ambito con quelle di altri attori statali o privati a livello federale, cantonale e comunale. Inoltre, i programmi nazionali servono da base a tutti gli altri attori per la pianificazione e l'attuazione di misure.

Giusta il *capoverso 2*, tra le misure applicabili nell'ambito di un programma nazionale figurano la realizzazione di campagne (cfr. art. 7 cpv. 3) e lo sviluppo di nuovi modelli di intervento. A titolo complementare si possono lanciare iniziative volte a promuovere partenariati tra imprese e altre istituzioni pubbliche o private per incoraggiare la popolazione a scegliere volontariamente e consapevolmente uno stile di vita sano cambiando il contesto di vita e le condizioni quadro fisiche e sociali. Tali misure possono fare in modo che tutta la popolazione scelga spontaneamente un comportamento sanitario positivo.

La pianificazione e l'attuazione dei programmi nazionali spetta all'Istituto. Secondo il *capoverso 3* l'Istituto coinvolge nel processo di elaborazione i servizi federali competenti, i Cantoni e le altre cerchie interessate, quali Città, Comuni, organizzazioni private che si occupano di prevenzione e salute e – laddove opportuno – associazioni economiche e di categoria. Inoltre, in analogia all'articolo 5 capoverso 2, durante la fase di elaborazione vanno verificati e coordinati con le attività contem-

plate da altre leggi anche i possibili effetti sulla società, l'economia e l'ambiente dei programmi nazionali. Infine, l'Istituto valuta l'efficacia e l'economicità dei programmi nazionali (cfr. art. 20 cpv. 3).

#### Art. 7            Informazione

L'informazione sui rischi sanitari potenziali e i comportamenti salutari è una delle premesse per la diffusione di comportamenti adeguati ed è quindi parte integrante di una prevenzione, una promozione della salute e una diagnosi precoce efficaci. La Confederazione deve fornire alla popolazione tutti gli elementi necessari per migliorare le competenze di salute e promuovere la responsabilità individuale, ossia diffondere informazioni, esporre le azioni possibili e fornire le necessarie basi decisionali. La Confederazione può però anche trasmettere informazioni agli specialisti del settore sanitario o di altri settori, alle autorità (sanitarie, ma non solo) e al mondo economico. Le informazioni devono essere strutturate specificatamente per i vari gruppi target (*cpv. 1*).

Nella loro attività di informazione, le autorità devono orientarsi ai principi generali dell'amministrazione, ovvero devono informare in modo comprensibile, oggettivo, trasparente e proporzionato. In particolare, non devono comunicare informazioni a fini diversi da quelli stabiliti, ad esempio a fini di propaganda.

In merito occorre rilevare che si rinuncia consapevolmente a disciplinare in modo esaustivo le competenze federali in materia di informazione alla popolazione. Oltre all'Istituto e all'UFSP, anche altri uffici federali quali l'UFSPPO, la SECO o l'UFAM possono quindi fondarsi sull'articolo 7 del disegno LPrev per la loro attività di informazione su aspetti della prevenzione delle malattie di loro competenza. Si può tuttavia partire dal presupposto che, ad eccezione delle attività di informazione di polizia o di politica sanitaria con una base giuridica specifica, sarà soprattutto l'Istituto a occuparsi dell'attività di informazione nei settori della prevenzione, della promozione della salute e della diagnosi precoce.

I mezzi di informazione che entrano in linea di conto sono i comunicati e le conferenze stampa, la messa a disposizione e la consegna di materiale didattico e esplicativo, la pubblicazione di informazioni online o attraverso una hotline e le campagne di informazione vere e proprie (cfr. cpv. 3).

Le raccomandazioni delle autorità possono contenere indicazioni sul comportamento da adottare destinate all'intera popolazione, a determinati gruppi di persone o a determinati destinatari, ad esempio a specialisti della sanità o di altri settori (*cpv. 2*). Sebbene non siano giuridicamente vincolanti, queste raccomandazioni possono comunque produrre effetti, ad esempio possono causare pregiudizi (finanziari) a privati e implicare la responsabilità dello Stato<sup>139</sup>. Per essere ammissibili, devono rispettare il principio della proporzionalità, in virtù del quale ogni ingerenza (anche potenziale) nei diritti fondamentali deve limitarsi al minimo indispensabile e ammissibile.

Quando emana raccomandazioni, lo Stato non deve per forza limitarsi a comunicare i fatti. Può analizzarli, formulare le proprie conclusioni ed esprimere un giudizio, se ciò permette di influenzare efficacemente il comportamento del pubblico. In tal caso, comunque, deve rispettare il principio di obiettività.

<sup>139</sup> DTF 116 II 480 segg. (Cernobyl), 118 Ib 473 segg. (Vacherin Mont d'Or).

Le campagne massmediali volte a sensibilizzare la popolazione su determinati rischi sanitari o su comportamenti salutari oppure a influenzare i comportamenti e le condizioni quadro rilevanti per la salute costituiscono un ulteriore strumento importante per le attività della Confederazione di prevenzione e promozione della salute (*cpv.* 3). Tuttavia, queste campagne non devono rappresentare singole misure isolate, ma iscriversi nel quadro dei programmi di livello superiore (cfr. art. 6).

Per garantire la coerenza dell'informazione e l'uniformità del modo di procedere, il *capoverso 4* stabilisce che i servizi federali competenti devono coordinare l'attività di informazione sia tra di loro che con i Cantoni. Parimenti, a tenore dell'articolo 7 devono garantire il coordinamento con le attività di informazione contemplate da altre leggi (ad es. misure volte a ridurre il consumo di alcol al volante).

#### *Art. 8*                    Misure di sostegno

Secondo il *capoverso 1*, oltre ad attuare misure proprie nell'ambito dei programmi nazionali (cfr. commento all'art. 6), l'Istituto dovrà fornire un sostegno tecnico e metodologico ai Cantoni, alle organizzazioni private attive nella prevenzione e nella promozione della salute, alle organizzazioni professionali mediche e non mediche nonché ai fornitori di prestazioni ai sensi della LAMal e alle loro associazioni di categoria nell'elaborazione e nella realizzazione delle misure di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce. Di questo appoggio potranno beneficiare in prevalenza i progetti individuali e i programmi cantonali i cui contenuti sono orientati al conseguimento degli obiettivi nazionali.

Il sostegno tecnico e metodologico fornito dall'Istituto si completa con gli incentivi riportati negli articoli 15 e 16 nei settori della ricerca, della formazione e del perfezionamento. Tutte queste attività mirano, nel senso dell'articolo 2 capoverso 2 lettera f, a garantire la qualità e l'efficacia a tutti i livelli.

Secondo il *capoverso 2 lettere a–e*, l'Istituto è chiamato a operare nel settore della gestione delle conoscenze e della documentazione, dell'elaborazione delle informazioni, della gestione dell'efficacia, del controllo qualità, dello sviluppo di modelli di intervento, del coordinamento e della messa in rete.

La *lettera a* sottolinea che l'Istituto, in qualità di centro di competenza nazionale nel settore della prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce, raccoglie e documenta le scoperte e le conoscenze scientifiche necessarie e mette a disposizione il sapere acquisito. In stretta collaborazione con i suoi partner, l'Istituto contribuisce in modo determinante a rafforzare e radicare la prevenzione, la promozione della salute e la diagnosi precoce in Svizzera attraverso la diffusione di informazioni e conoscenze. Il suo compito consiste anche nell'aggiornare e diffondere le conoscenze pratiche disponibili, soprattutto quelle, particolarmente utili, che si trovano nei modelli di intervento riconosciuti (modelli di migliore prassi) – compito che, peraltro, non è sempre assicurato dal mondo scientifico. L'Istituto deve garantire la diffusione di questi modelli di intervento proponendoli come uno dei mezzi possibili per aumentare l'efficacia delle misure di prevenzione, di promozione della salute e di diagnosi precoce e ottenere un rapporto costi/benefici ottimale. In particolare si tratterà di diffondere i modelli riguardanti rischi sanitari per i quali il lavoro di prevenzione è solo agli inizi in Svizzera: cattiva alimentazione, sedentarietà, malattie mentali. Al contempo, deve fornire un contributo determinante nel settore della diagnosi precoce al fine di migliorare la valutazione scientifica di misure che si rivolgono sia ai singoli individui sia all'intera popolazione (screening).

L'Istituto non deve necessariamente disporre internamente di tutte le competenze specifiche necessarie; può far capo a esperti ogni qualvolta lo ritiene necessario. Ciò gli permette di operare con flessibilità ed efficienza (cfr. art. 23 cpv. 2).

Attraverso le sue attività d'informazione e di documentazione e grazie al suo approccio pluridisciplinare, l'Istituto completerà il lavoro effettuato dai centri di documentazione già operativi ma che sono specializzati in settori specifici della prevenzione e della promozione della salute, ad esempio l'Istituto svizzero di prevenzione dell'alcolismo e altre tossicomanie (IPSA), la Centrale Infodrog (centrale di coordinamento nazionale delle dipendenze) o la Società Svizzera di Nutrizione (SSN). Può far capo alle attività di ricerca degli istituti universitari di medicina sociale e preventiva, delle scuole universitarie professionali e dell'Osservatorio svizzero della salute (Obsan). L'obbligo di collaborare con queste e con altre organizzazioni e istituzioni è sancito dall'articolo 23.

Ogni progetto o programma cantonale finanziato del tutto o in parte con i proventi dei prelievi a favore della prevenzione dev'essere sottoposto a una verifica dell'efficacia (valutazione; cfr. art. 13 cpv. 1 lett. d). Le valutazioni devono essere trasmesse al servizio che concede i contributi, ossia l'Istituto. Conformemente alla *lettera b* spetta all'Istituto rafforzare e accompagnare attivamente la valorizzazione dei risultati delle verifiche mediante l'elaborazione e la pubblicazione di sintesi scientifiche, nel senso di una gestione globale improntata all'efficacia<sup>140</sup>. I risultati della valutazione dei progetti cofinanziati vengono elaborati sistematicamente e scientificamente e ad esempio sintetizzati in funzione dei gruppi target, dei setting o delle misure e formulati sotto forma di insegnamenti orientati alla prassi («lessons learned»). I risultati dei progetti vengono resi accessibili alla collettività e le conoscenze ottenute dall'elaborazione scientifica diffuse ai Cantoni, alle organizzazioni private attive nel settore della prevenzione e della promozione della salute e ad altri beneficiari potenziali dei contributi.

Secondo la *lettera c*, per garantire l'efficienza e la durabilità dei programmi, dei progetti e delle misure, l'Istituto dovrà elaborare strumenti e basi metodologiche, in particolare definire standard di qualità. Tra questi standard figurano ad esempio l'adozione di un approccio integrato delle pari opportunità (gender mainstreaming<sup>141</sup>) o l'orientamento specifico a un gruppo target. L'Istituto dovrà però anche mettere a disposizione una serie di strumenti per garantire la qualità della concezione e della realizzazione dei progetti: il modello «quint-essenz»<sup>142</sup>, il metodo di «autovalutazione» di progetti o gli standard SEVAL<sup>143</sup> (che definiscono le esigenze qualitative poste alle valutazioni).

A tenore della *lettera d*, l'Istituto deve inoltre sviluppare standard di qualità per la formazione e il perfezionamento degli specialisti attivi nel settore della prevenzione, della promozione della salute e della diagnosi precoce, tenendo conto delle pertinen-

<sup>140</sup> Per «gestione improntata all'efficacia» si intende un approccio che consiste a generare e sistematizzare in modo mirato le informazioni relative agli effetti e all'utilità di un'attività o di un progetto con l'obiettivo di ottimizzare l'efficacia e l'utilità. La gestione improntata all'efficacia è integrata quando ingloba la pianificazione progettuale, il trattamento delle domande di progetto, la gestione della qualità e della sostenibilità, il controlling, la valutazione del progetto, il benchmarking e la valutazione dell'impatto in generale.

<sup>141</sup> Cfr. nota 118

<sup>142</sup> Cfr. <http://www.quint-essenz.ch/it>

<sup>143</sup> Cfr. [www.seval.ch/de/standards/index.cfm](http://www.seval.ch/de/standards/index.cfm) (non disponibile in italiano)

ti leggi federali, segnatamente la legge del 23 giugno 2006<sup>144</sup> sulle professioni mediche universitarie (LPMed), la legge del 13 dicembre 2002<sup>145</sup>, sulla formazione professionale (LFPr) la legge del 6 ottobre 1995<sup>146</sup> sulle scuole universitarie professionali (LSUP) e la legge dell'8 ottobre 1999<sup>147</sup> sull'aiuto alle università e la cooperazione nel settore universitario (LAU).

Secondo la *lettera e*, in collaborazione con università, scuole universitarie professionali, associazioni professionali mediche e non mediche e altre organizzazioni attive nel settore della scienza, della ricerca e della pratica, l'Istituto deve sviluppare nuovi modelli di intervento in materia di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce e incentivare con misure adeguate la loro diffusione su scala nazionale.

La *lettera f* sottolinea il ruolo di principale interlocutore e di piattaforma dell'Istituto nei settori della prevenzione, della promozione della salute e della diagnosi precoce. Gli impone infatti di incentivare la collaborazione dei Cantoni e degli altri attori (fornitori di prestazioni, organizzazioni private, associazioni economiche ecc.) e di sostenere il coordinamento delle attività. A tal fine, l'Istituto può e deve far capo alle reti esistenti quali «hepa.ch» o «nutrinet» o, se necessario, crearne di nuove. Le reti tematiche sono estremamente importanti per la divulgazione delle basi scientifiche, lo scambio di esperienze, la comunicazione e la messa in rete delle organizzazioni che vi hanno aderito e degli altri attori. In alternativa, si possono creare delle piattaforme finalizzate a promuovere lo scambio di informazioni e di esperienze tra i Cantoni e tra questi ultimi e la Confederazione. Sono invitate a partecipare anche le organizzazioni private che si occupano di prevenzione e salute nei rispettivi ambiti<sup>148</sup>. A complemento degli sforzi dell'Istituto per incentivare il coordinamento tra gli attori incaricati dell'attuazione, le organizzazioni professionali e di categoria attive sul piano nazionale, come Public Health Schweiz<sup>149</sup>, contribuiscono alla messa in rete degli attori scientifici e promuovono lo scambio di conoscenze. L'Istituto può sostenere queste attività.

#### *Art. 9* Valutazione dell'impatto sulla salute

La valutazione dell'impatto sulla salute (VIS) è uno strumento di politica sanitaria che serve ad analizzare in modo prospettico, nel quadro dei processi pianificatori e decisionali, l'impatto sulla salute (positivo o negativo) di progetti politici che riguardano settori diversi da quello sanitario. Il metodo VIS è stato sviluppato dall'OMS negli anni 1970 partendo dall'idea che la salute non dipende unicamente dalle condizioni quadro offerte dal sistema sanitario (ad es. qualità e accesso alle prestazioni mediche), dalle predisposizioni biologiche e genetiche o dallo stile di vita. Secondo l'OMS, infatti, la salute e il benessere della popolazione o dei vari gruppi di persone che la compongono dipendono ampiamente anche da fattori quali il clima politico, lo status sociale, la formazione, l'impiego, il reddito, l'alloggio, l'ambiente e l'alimentazione, ossia dai determinanti esogeni alla salute (cfr. anche commento all'art. 3 lett. h).

<sup>144</sup> RS **811.11**

<sup>145</sup> RS **412.10**

<sup>146</sup> RS **414.71**

<sup>147</sup> RS **414.20**

<sup>148</sup> Cfr. ad es. piani cantonali d'azione sul consumo di alcolici:

<http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/00598/01163/index.html?lang=it>

<sup>149</sup> Maggiori informazioni nel sito [www.public-health.ch](http://www.public-health.ch)

Secondo il *capoverso 1* il Consiglio federale stabilisce nella strategia i progetti di particolare portata previsti o realizzati per i quali intende commissionare una VIS (cfr. commenti all'art. 5 cpv. 1 lett. c). Il termine «progetto», inteso nella sua accezione ampia e inclusiva, comprende non solo le misure normative a livello di legge o ordinanza, ma anche ad esempio strategie e programmi o altri affari e decisioni del nostro Consiglio. A differenza dell'analisi di impatto della regolamentazione (AIR), che in virtù dell'articolo 141 capoverso 2 lettera g LParl<sup>150</sup> e delle direttive del Consiglio federale del 15 settembre 1999<sup>151</sup> concernenti la presentazione delle conseguenze per l'economia dei progetti di atti normativi federali va eseguita per ogni disegno di atto legislativo, la VIS viene disposta caso per caso. Questa differenza di procedura è dovuta al fatto che la VIS funge da strumento strategico del nostro Consiglio per promuovere una politica globale di promozione della salute e, in questo senso, deve trovare applicazione esclusivamente per i progetti di particolare portata.

La VIS deve da un lato permettere di sensibilizzare alle tematiche sanitarie i decisori politici che non operano nel settore della salute, dall'altro contribuire a ottimizzare la trasparenza del processo decisionale evidenziando gli eventuali conflitti di interessi. Per questa ragione è previsto che i servizi federali responsabili dei progetti interessati procedano alla VIS già nelle prime fasi della formulazione politica.

La responsabilità per lo svolgimento di una VIS incombe all'ufficio federale che dirige i lavori, che può avvalersi del supporto metodologico e tecnico dell'Istituto. A seconda del documento e della portata della valutazione si possono coinvolgere altri uffici federali, in particolare la SECO per l'impatto economico e l'Ufficio federale della pianificazione del territorio per l'impatto sulla sostenibilità.

A complemento della VIS prospettica per i progetti previsti, è possibile effettuare una VIS retrospettiva per i progetti realizzati, nel senso di una valutazione a posteriori dell'impatto effettivo dei progetti sulla salute della popolazione o di singoli gruppi di persone.

#### *Art. 10* Coordinamento con altre leggi

Come indicato nel commento all'articolo 5 capoverso 2 lettera b, la prevenzione, la promozione della salute e la diagnosi precoce delle malattie sono strettamente correlate, dal punto di vista tecnico, ad altri ambiti della prevenzione, in particolare alla prevenzione generale dell'alcolismo e degli incidenti stradali riconducibili al consumo di alcol. Nessi analoghi esistono anche tra la promozione del movimento e la prevenzione degli infortuni sportivi oppure tra la prevenzione e la diagnosi precoce di malattie psichiche e la tutela della salute sul posto di lavoro. Per garantire un coordinamento sufficiente tra le misure di prevenzione e di promozione della salute in sede di pianificazione e attuazione delle misure che esulano dal campo d'applicazione della LPrev, gli servizi federali competenti sono tenuti ad armonizzare l'attuazione della LPrev con iniziative analoghe previste dalle leggi di cui all'articolo 5 capoverso 2 lettera b.

<sup>150</sup> RS 171.10

<sup>151</sup> FF 2000 932

A tenore del *capoverso 1*, la realizzazione di misure di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce nel settore delle malattie trasmissibili, fortemente diffuse o maligne compete in primo luogo ai Cantoni (cfr. n. 2.4.3, osservazioni in merito alla ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni). Sulla base della definizione delle competenze contemplata dalla Costituzione, nella definizione dei contenuti delle loro misure i Cantoni non sono tuttavia vincolati alle disposizioni di cui all'articolo 118 capoverso 2 lettera b Cost. Ciò significa che possono sia adottare misure di prevenzione e diagnosi precoce per malattie che non sono né trasmissibili, né fortemente diffuse, né maligne, sia occuparsi della promozione della salute in senso vasto (cfr. commenti all'art. 1 cpv. 1 lett. b).

Per coordinare meglio le misure federali e cantonali nel settore della lotta alle malattie trasmissibili, fortemente diffuse o maligne, i Cantoni devono, secondo il *capoverso 2*, promuovere misure orientate agli obiettivi nazionali. Essi possono anche decidere di focalizzarsi su tematiche più ampie per tenere maggiormente conto di peculiarità cantonali, regionali o locali (ad es. accumulo di fattori di stress per la salute nei centri urbani). D'altro canto, devono garantire il coordinamento e la messa in rete delle misure sia sul piano interno (ad es. nell'ambito di un programma cantonale) sia con gli altri Cantoni (ad es. sotto forma di programmi intercantonali). Ai sensi dell'articolo 2 capoverso 2 lettera e, devono inoltre badare affinché anche a livello cantonale tutti gli ambiti politici interessati vengano coinvolti nella pianificazione e nell'attuazione delle misure di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce.

A tal fine, i Cantoni ricevono dall'Istituto un sostegno tecnico e metodologico per la pianificazione e l'attuazione delle misure (cfr. art. 8). Il sostegno finanziario è disciplinato dalla strategia del Consiglio federale e si traduce nell'erogazione di contributi ai programmi cantonali garantiti dai prelievi a favore della prevenzione (art. 5 cpv. 1 lett. d e art. 12 cpv. 3 lett. b). Attualmente, tutti i Cantoni dispongono già di strutture più o meno ben sviluppate nel settore della prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce.

Secondo il *capoverso 3* i Cantoni devono provvedere affinché la popolazione abbia accesso a offerte di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce orientate alle esigenze specifiche dei vari gruppi. Oltre a strutture e offerte che rispondono ai bisogni specifici locali (linguistici, socioeconomici, politici ecc.), vanno create offerte che rispettino la diversità sociale (background migratorio, genere, status socioeconomico, disabilità). Le offerte devono altresì tenere conto degli aspetti sanitari specifici delle varie fasce d'età. Accanto ai consultori per madri e padri o ai centri di formazione per genitori – a titolo di misura di prevenzione e promozione della salute nell'infanzia come pure di promozione delle competenze di salute e del comportamento sanitario dei genitori – si dovrebbero ad esempio aprire consultori specifici per i giovani o per gli anziani (*lett. a*).

Inoltre, i Cantoni devono consentire ai bambini e agli adolescenti in età scolare l'accesso ai servizi sanitari scolastici durante tutta la scolarità, ossia anche durante la formazione professionale. I servizi sanitari scolastici dovranno concentrare i loro sforzi sul benessere psicofisico e sociale dei bambini e degli adolescenti. Oltre allo stato delle vaccinazioni e allo svolgimento dei programmi di vaccinazione, devono controllare il comportamento alimentare, le abitudini motorie, la salute dentaria e i fattori di rischio psichici.

Per permettere ai ragazzi di acquisire modelli di comportamento e competenze di vita salutari e di imparare a individuare i potenziali di pericolo per la salute, i temi della salute devono figurare nel catalogo degli obiettivi didattici durante tutto il periodo scolastico e contribuire a migliorare le competenze di salute (*cpv.* 3).

A complemento delle offerte concrete di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce di cui al capoverso 3, secondo il *capoverso 4* i Cantoni hanno l'obbligo di incentivare gli sforzi volti a informare la popolazione sui rischi sanitari, la prevenzione, la promozione della salute, la diagnosi precoce e le misure di primo soccorso. In questo modo, forniscono un importante contributo alla promozione delle competenze sanitarie individuali e consolidano a lungo termine le pari opportunità nella salute.

I Cantoni sono chiamati a provvedere affinché vi siano le strutture necessarie per attuare le misure di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce di cui ai capoversi 3 e 4. I Cantoni possono anche sostenere finanziariamente le organizzazioni o le persone di diritto pubblico o privato che svolgono compiti analoghi. Il finanziamento delle strutture compete ai Cantoni (cfr. n. 2.4.5). Sarebbe auspicabile che l'incarico della promozione della salute designato dal Cantone sia a disposizione dell'Istituto e dei servizi federali competenti come interlocutore esperto per le questioni legate alla prevenzione e alla diagnosi precoce di malattie trasmissibili, fortemente diffuse o maligne.

## **3.2 Capitolo 2: Contributi, aiuti finanziari e altre misure di promozione**

### **3.2.1 Sezione 1: Contributi a programmi e progetti**

In virtù del diritto vigente, il gettito dei prelievi a favore della prevenzione è amministrato come segue: il supplemento al premio LAMal, riscosso conformemente all'articolo 20 LAMal, è utilizzato dalla fondazione di diritto privato Promozione Salute Svizzera ai sensi dell'articolo 19 capoverso 1 LAMal per stimolare, coordinare e valutare misure volte a promuovere la salute e a prevenire le malattie, mentre la tassa per la prevenzione del tabagismo secondo l'articolo 3 OFPT<sup>152</sup> è amministrata dal FPT, un servizio specializzato dell'UFSP.

La LPrev stabilisce che le entrate provenienti dai prelievi a favore della prevenzione (supplemento al premio LAMal e tassa per la prevenzione del tabagismo) siano versate direttamente all'Istituto. Se i proventi sono destinati a cofinanziare programmi o progetti lanciati dai Cantoni o da organizzazioni private attive nel settore della salute e della prevenzione, si tratta di una concessione di sussidi, ossia di un compito ministeriale propriamente detto, che conformemente ai principi di governo d'impresa del Consiglio federale<sup>153</sup> va fornito in linea di massima solo dalle unità dell'amministrazione centrale. Il trasferimento di questo compito all'Istituto permette un impiego dei fondi distinto dalle risorse generali della Confederazione. Tale impiego tiene conto in misura adeguata della forma di riscossione dei prelievi a favore della prevenzione e dell'utilizzazione vincolata dei mezzi. D'altro canto, permette di sviluppare sinergie ottimali tra il sostegno tecnico e finanziario ai Can-

<sup>152</sup> RS 641.316

<sup>153</sup> FF 2006 7545



toni e quello fornito alle organizzazioni private attive nel campo della prevenzione e della salute come pure un controllo della qualità efficace nell'uso dei contributi. Questo perché il supporto tecnico (cfr. art. 8) e la gestione dei prelievi a favore della prevenzione incombono all'Istituto. È infine possibile armonizzare il sostegno finanziario ai programmi cantonali e a singoli progetti di terzi con i contenuti dei programmi nazionali realizzati dall'Istituto.

La nuova regolamentazione dei flussi finanziari per il supplemento al premio LAMal e la tassa per la prevenzione del tabagismo richiede anche la modifica delle basi legali nella LAMal<sup>154</sup> e nella LImT<sup>155</sup> (cfr. commenti all'articolo 42). Di conseguenza, i mezzi del FPT saranno trasferiti al nuovo Istituto (cfr. art. 43 cpv. 2).

In merito alle conseguenze della LPrev sulla fondazione Promozione Salute Svizzera vedi numero 2.4.4.

*Art. 12 Destinazione vincolata e impiego dei prelievi a favore della prevenzione*

Il *capoverso 1* disciplina la destinazione del supplemento al premio LAMal. Secondo la presa di posizione dell'Ufficio federale di giustizia del 16 dicembre 2008 in merito alla costituzionalità del prelievo a favore della prevenzione (art. 20 LAMal)<sup>156</sup>, l'impiego di questo supplemento per finanziare misure di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce deve rispettare il principio dell'equivalenza di gruppo. Ciò significa che dev'esserci una congruenza sufficientemente stretta tra le persone assicurate all'assicurazione malattie obbligatoria (coloro che sono tenuti a versare il supplemento al premio LAMal) e le persone a favore delle quali i prelievi vengono utilizzati (beneficiari). Vi è un'equivalenza qualificata ai sensi del capoverso 1 solo se la prevenzione delle malattie consente di ridurre i danni e ha rilevanza assicurativa, ossia se le misure corrispondenti permettono di ridurre i costi coperti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Analogamente, il *capoverso 2* precisa la destinazione vincolata delle entrate provenienti dalla tassa per la prevenzione del tabagismo. Sempre secondo il principio dell'equivalenza di gruppo, le entrate possono essere utilizzate – come finora – solo per misure che contribuiscono alla riduzione del tabagismo o delle sue conseguenze per la salute (inclusa la protezione contro il fumo passivo).

Il *capoverso 3* disciplina l'impiego dei prelievi a favore della prevenzione. Le entrate provenienti dal supplemento al premio LAMal e dalla tassa per la prevenzione del tabagismo possono essere utilizzate per il finanziamento di programmi nazionali secondo l'articolo 6 (*lett. a*)<sup>157</sup>, il versamento di contributi a programmi cantonali (inclusi i programmi cantonali di cui agli articoli 26 e 33 capoverso 2<sup>bis</sup> LAMal<sup>158</sup> e i programmi intercantonali finanziati e attuati da vari Cantoni; *lett. b*) o il versamento di contributi a progetti della Confederazione, dei Cantoni o di terzi (*lett. c*). Le condizioni per la concessione di contributi sono stabilite nell'articolo 13. A complemento a quanto previsto dalla legge, si dovrà stabilire in un'ordinanza che le

<sup>154</sup> RS 832.10

<sup>155</sup> RS 641.31

<sup>156</sup> In tedesco, consultabile nel sito: [www.bag.admin.ch/pgf2010](http://www.bag.admin.ch/pgf2010).

<sup>157</sup> Nell'ambito della revisione totale della legge sull'alcol si dovrà esaminare se e in che misura è opportuno destinare una parte del gettito dell'imposta sull'alcol per finanziare un eventuale programma nazionale di prevenzione dell'alcolismo promosso dall'Istituto.

<sup>158</sup> RS 832.10; cfr. anche nota 81.

attività legislative della Confederazione e dei Cantoni, come pure le misure per l'esecuzione del diritto federale e cantonale, non possono essere finanziate con i prelievi a favore della prevenzione. Si tratta infatti di compiti di pertinenza statale che devono essere finanziati dal bilancio dello Stato.

Le priorità nell'impiego dei prelievi, come stabilito nell'articolo 5 capoverso 1 lettera d, sono definite dal nostro Consiglio. In particolare si tratta di fissare la quota delle entrate provenienti dai prelievi che può essere utilizzata per il finanziamento di programmi nazionali secondo l'articolo 6, elaborati e realizzati dall'Istituto in base alle linee strategiche del Consiglio federale, e la quota che può essere destinata alla concessione di contributi ai programmi cantonali (cfr. commento cpv. 3 lett. b). Con apposite modalità contabili nella presentazione dei conti dell'Istituto (cfr. art. 34) si garantisce la verifica del rispetto delle linee strategiche del Consiglio federale.

### Art. 13 Condizioni

La concessione di contributi da parte dell'Istituto è vincolata a condizioni materiali che un programma cantonale o un progetto deve soddisfare cumulativamente. Le quattro condizioni elencate nel *capoverso 1* sono esaustive e garantiscono che i programmi e i progetti finanziati contribuiscano al raggiungimento degli obiettivi nazionali, soddisfino gli standard di qualità riconosciuti (cfr. commenti all'art. 8 lett. b) e siano sottoposti a una valutazione sistematica. Gli studi di valutazione devono contenere elementi sommativi<sup>159</sup> e formativi<sup>160</sup>; i risultati degli studi e le raccomandazioni formulate possono servire a ottimizzare l'attuazione e per la pianificazione di futuri programmi e progetti (cfr. anche i commenti relativi alla gestione orientata all'efficacia, art. 21). Per permettere lo sviluppo di modelli e progetti di intervento innovativi, l'efficacia di un progetto non dev'essere tassativamente documentata da studi scientifici, ma può anche essere dedotta teoricamente sulla base di nessi causali provati scientificamente.

In analogia all'attuale prassi del FPT, si può immaginare che, sulla base delle linee strategiche del Consiglio federale, l'Istituto elabori strategie di investimento più dettagliate per singoli settori tematici allo scopo di trattare efficacemente le domande di contributo presentate. Se il numero di domande supera i mezzi finanziari disponibili, trovano applicazione le disposizioni formulate nella strategia del Consiglio federale in merito alla definizione di un ordine di priorità per la valutazione delle domande, conformemente all'articolo 13 capoverso 2 LSu<sup>161</sup> (cfr. commenti all'art. 5 cpv. 1 lett. d).

Il *capoverso 2* stabilisce che i contributi globali ai programmi cantonali sono erogati sulla base di accordi di programma ai sensi dell'articolo 20a LSu. Inoltre, nell'ambito della prevista revisione totale della legge sull'alcol si tratterà di esaminare in che misura i rapporti dei Cantoni sull'impiego della decima dell'alcol a noi destinati dovranno essere presentati anche all'Istituto. Occorre esaminare se i Cantoni debbano essere sollecitati a elaborare direttive per disciplinare l'impiego uniforme della decima dell'alcol. In tal modo si promuovrebbe l'impiego coordinato e armo-

<sup>159</sup> Una valutazione *sommativa* è un bilancio consuntivo delle misure nella fase finale di un programma o progetto o a programma o progetto conclusi.

<sup>160</sup> Una valutazione *formativa* è effettuata in itinere durante l'implementazione di un progetto o di un programma per migliorarne lo svolgimento e l'efficacia mediante feedback regolari ai responsabili (rilevanza ed efficienza delle misure scelte e della loro esecuzione).

<sup>161</sup> RS 616.1

nizzato delle varie fonti di finanziamento da parte dei Cantoni (bilanci cantonali, decima dell'alcol, prelievi a favore della prevenzione). Anche se tutte le condizioni di cui al capoverso 1 sono soddisfatte, ciò non significa che i Cantoni o terzi ottengano automaticamente un contributo finanziario da parte dell'Istituto.

### 3.2.2                    **Sezione 2: Aiuti finanziari e altre misure di promozione**

#### *Art. 14*                    Aiuti finanziari a organizzazioni

Questa disposizione dà alla Confederazione (UFSP) la possibilità di concedere aiuti finanziari a determinate organizzazioni pubbliche o private di utilità pubblica. Gli aiuti finanziari vengono concessi unicamente se sono di interesse pubblico e per misure di portata nazionale e devono essere finanziati con i crediti approvati dalla Confederazione (e non essere attinti dai prelievi a favore della prevenzione, cfr. art. 12). L'entità e la destinazione degli aiuti finanziari sono definite sulla base delle linee direttrici del Consiglio federale (cfr. art. 5 cpv. 1 lett. d). Con esse, garantiremo che, malgrado la ripartizione delle competenze, non vi siano sovrapposizioni o doppioni nei settori d'impiego dei prelievi a favore della prevenzione (concessione da parte dell'Istituto) e degli aiuti finanziari (concessione da parte dell'UFSP) – e quindi non vi sia un accumulo di sussidi – e che nella concessione di sovvenzioni si tenga conto in misura sufficiente degli obiettivi nazionali. In linea di massima, i prelievi servono a finanziare programmi o progetti concreti (cfr. commenti all'art. 12), mentre gli aiuti finanziari sono utilizzati come contributi strutturali per rafforzare le organizzazioni private attive nella prevenzione e nella promozione della salute. Alla base di questa disposizione vi sono due riflessioni: da un lato le organizzazioni interessate dipendono dal sostegno della Confederazione in quanto le attività che svolgono coprono difficilmente i costi, dall'altra l'assenza di aiuti finanziari potrebbe portare al disimpegno di queste organizzazioni.

Secondo il *capoverso 2* gli aiuti finanziari sono concessi in particolare per misure nei settori dell'informazione e della sensibilizzazione e in quelli della consulenza e del sostegno (incluso l'autoaiuto).

L'articolo 14 corrisponde parzialmente all'articolo 2 capoverso 3 della legge federale del 22 giugno 1962<sup>162</sup> concernente l'assegnazione di sussidi per la lotta contro le malattie reumatiche, che sarà peraltro abrogata dalla nuova legge (cfr. commenti all'art. 42). L'indennizzo delle prestazioni a favore dei beneficiari di rendite AI e dei loro familiari e di quelle a favore di persone che rischiano di essere al beneficio dell'AI continua a poggiare sulle prescrizioni dell'articolo 74 LAI<sup>163</sup>.

Secondo l'articolo 12 LSu<sup>164</sup>, se una misura soddisfa i presupposti di diversi atti normativi, gli aiuti finanziari sono concessi proporzionalmente agli interessi in gioco. Inoltre, le autorità coinvolte devono coordinare la loro azione (art. 12 cpv. 2 LSu). Sia l'articolo 74 LAI che l'articolo 101<sup>bis</sup> LAVS<sup>165</sup> prevedono già il versamento di aiuti finanziari a organizzazioni private attive a livello nazionale per com-

<sup>162</sup> RS 818.21

<sup>163</sup> RS 831.20

<sup>164</sup> RS 616.1

<sup>165</sup> RS 831.10

piti che concernono anche la prevenzione e la promozione della salute. Mentre la LAI limita il versamento di sussidi alle misure di assistenza agli invalidi e la LAVS a quelle di sostegno agli anziani, l'articolo 14 LPrev non prevede gruppi target specifici. Di conseguenza, per evitare che determinate organizzazioni ricevano sussidi due volte o non ricevano più sussidi dall'AI o dall'AVS (cfr. a questo proposito l'art. 75 cpv. 2 LAI e l'art. 101<sup>bis</sup> cpv. 4 LAVS), occorre garantire il coordinamento a livello attuativo tra le misure di sostegno previste dalla LAI e dalla LAVS e quelle previste dalla LPrev. Se del caso, potrà rendersi anche necessario un coordinamento della promozione delle attività giovanili extrascolastiche sostenute dalla Confederazione. Conformemente alla legge del 6 ottobre 1989<sup>166</sup> per la promozione delle attività giovanili extrascolastiche (LAG), è possibile in linea di massima che le istituzioni responsabili ricevano aiuti finanziari per le attività giovanili extrascolastiche nel settore della sanità (cfr. art. 2 cpv. 2 lett. b LAG) e della promozione della salute. Va inoltre garantito il coordinamento con aiuti finanziari analoghi corrisposti alle organizzazioni dei consumatori secondo l'articolo 5 della legge federale del 5 ottobre 1990<sup>167</sup> sull'informazione dei consumatori (LIC).

#### *Art. 15*                      Promozione della ricerca

La pianificazione e la realizzazione di misure efficaci di prevenzione e di promozione della salute dipendono dall'attendibilità delle conoscenze scientifiche su cui si fondano. Oltre alla ricerca fondamentale epidemiologica e clinica negli ambiti della prevenzione, della promozione della salute e della diagnosi precoce, vi è un grande bisogno di conoscenze nel settore della ricerca applicata, in particolare nel campo dello sviluppo di nuovi modelli di intervento.

L'articolo 15 stabilisce che i servizi federali competenti (in particolare la Segreteria di Stato per l'educazione e la ricerca e all'Ufficio federale della formazione professionale e della tecnologia) possono sostenere, nel quadro della pianificazione pluriennale (messaggio concernente il promovimento dell'educazione, della ricerca e dell'innovazione), la ricerca nei settori della prevenzione, della promozione della salute e della diagnosi precoce versando contributi o definendo obiettivi tematici per gli organi incaricati della promozione della ricerca (Fondo nazionale svizzero, Accademie delle scienze, Commissione per la tecnologia e l'innovazione).

I possibili strumenti di promozione sono i programmi nazionali di ricerca ai sensi dell'articolo 6 capoverso 2 della legge federale del 7 ottobre 1983<sup>168</sup> sulla ricerca (LR), il sostegno a studi prospettici (coorte) nel quadro della promozione della ricerca clinica orientata ai pazienti e a misure mirate per la promozione della ricerca nelle scuole universitarie professionali, ad esempio lo strumento DORE del FNS (DOREsearch) per l'incoraggiamento della ricerca orientata alla pratica presso le scuole universitarie professionali e alle alte scuole pedagogiche<sup>169</sup>.

<sup>166</sup> RS 446.1

<sup>167</sup> RS 944.0

<sup>168</sup> RS 420.1

<sup>169</sup> Cfr. pagine del FNS:

PNR: <http://www.snf.ch/F/rechercheorientepnr/Pages/default.aspx>

Studi di coorte (prospettici): <http://www.snf.ch/F/encouragement/projets/etudescohorte/Pages/default.aspx>

DORE: <http://www.snf.ch/F/encouragement/projets/DORE/Pages/default.aspx>.

Per l'attività di ricerca settoriale dell'Istituto (ricerca su mandato) non è necessaria una base normativa specifica, in quanto l'articolo 5 lettera c e l'articolo 16 capoverso 5 LR sono applicabili anche alle unità amministrative decentrate. Inoltre, sulla base dell'articolo 8 capoverso 2 lettera d l'Istituto può sviluppare modelli di intervento o commissionare a terzi lo sviluppo.

#### *Art. 16*            Formazione e perfezionamento

Per garantire la qualità – e quindi l'efficacia – delle misure di prevenzione, di promozione della salute e di diagnosi precoce, è indispensabile proporre un'offerta di formazione e perfezionamento professionale adeguata. L'offerta deve rivolgersi non solo agli specialisti a livello cantonale e federale, ma anche ai collaboratori competenti delle organizzazioni private di prevenzione e promozione della salute. Inoltre, anche le persone che si impegnano a titolo volontario per la prevenzione e per la promozione della salute devono poter accedere a corsi di formazione e perfezionamento appropriati.

Se si considera il rapporto costi/benefici, gestire una soluzione isolata di formazione e perfezionamento nel settore della prevenzione, della promozione della salute e della diagnosi precoce non è affatto interessante, in particolare per i piccoli Cantoni e per le organizzazioni private. Proprio per questo è indispensabile che la Confederazione si impegni specificatamente a favore dello sviluppo delle offerte formative private e pubbliche esistenti a livello nazionale e cantonale (cfr. anche il commento all'art. 8 cpv. 2 lett. c).

Concretamente, la promozione della formazione e del perfezionamento menzionata in questa sede interviene nel quadro delle leggi federali speciali, ossia la LPMed<sup>170</sup>, la LFPr<sup>171</sup>, la LSUP<sup>172</sup> e la LAU<sup>173</sup>.

### **3.3**                            **Capitolo 3: Dati**

#### *Art. 17*            Statistica sanitaria

Per garantire l'efficacia e l'efficienza delle misure di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce e per verificarne l'efficacia in determinati ambiti tematici è indispensabile disporre di statistiche regolari. Contrariamente ai rapporti sulla salute di cui all'articolo 19, che poggiano sull'elaborazione e la correlazione di dati esistenti, la statistica sanitaria genera nuovi dati. Per motivi di protezione dei dati, occorre rinunciare per quanto possibile al rilevamento di dati personali particolarmente sensibili. Se, nell'interesse di una statistica sanitaria attendibile, non si può rinunciare a tale rilevamento, i dati personali corrispondenti devono essere anonimizzati quanto prima. Se a un servizio competente vengono comunque forniti dati personali, questi devono essere resi anonimi non appena lo scopo dell'elaborazione lo permette. I dati statistici non vengono utilizzati per controlli amministrativi.

<sup>170</sup> RS **811.11**

<sup>171</sup> RS **412.10**

<sup>172</sup> RS **414.71**

<sup>173</sup> RS **414.20**

Il *capoverso 2* menziona in dettaglio gli scopi della statistica sanitaria. La statistica serve da un lato alla sorveglianza epidemiologica (*lett. a e b*) e alla definizione delle misure di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce e alla verifica della loro efficacia (*lett. c*), dall'altro contribuisce a migliorare la trasparenza sulle spese e sulle misure adottate dai vari attori a livello federale, cantonale e comunale (*lett. d*) e a verificare l'efficacia della legge (*lett. e*).

A livello federale l'allestimento delle statistiche sanitarie compete in primo luogo all'Ufficio federale di statistica (UST), mentre a livello cantonale questo compito spetta agli uffici statistici competenti. Il *capoverso 3* menziona i fornitori di dati rilevanti per la statistica sanitaria.

#### *Art. 18*            Registri diagnostici

Per pianificare in modo mirato le misure nel campo della prevenzione e della diagnosi precoce, è necessario rilevare sistematicamente dati scientifici quantitativi e qualitativi. Finora gli unici rilevamenti in questo senso concernenti la popolazione svizzera sono i registri cantonali dei tumori, che raccolgono dati statistici sull'incidenza tumorale e sulla mortalità per tumore e che sono talvolta utilizzati per assicurare la qualità delle misure di prevenzione e diagnosi precoce e per valutare l'efficacia terapeutica. L'obiettivo è di non limitare i registri diagnostici ai tumori, ma di estenderli se del caso a determinate altre malattie.

Oltre ai registri cantonali dei tumori, in Svizzera esistono anche altri registri clinici. Si pensi ad esempio ad AMIS Plus, un progetto per il rilevamento delle misure diagnostiche e terapeutiche applicate ai pazienti colpiti da infarto miocardico (dal 2000 esteso ai casi di angina pectoris) dagli ospedali che partecipano al progetto. AMIS Plus è una raccolta di dati che documenta l'evoluzione dei profili di rischio, l'impiego di nuovi concetti terapeutici e l'importanza di tali concetti sulla prognosi e sui costi.

Secondo il *capoverso 1*, in vista dell'allestimento della statistica sanitaria e dei rapporti sulla salute la Confederazione può mettere a disposizione, nel quadro della promozione della ricerca, mezzi finanziari per uniformare i dati rilevati per i registri diagnostici e per migliorare la qualità dei dati. Nel caso dei registri dei tumori ad esempio, i dati rilevati sono eterogenei. Le differenze cantonali in merito alla procedura di notifica, al rilevamento, lo scambio e l'uniformazione dei dati nonché le differenze nella capillarità del rilevamento ostacolano l'interpretazione uniforme dei dati. La fondazione NICER («National Institute of Cancer Epidemiology and Registration») garantisce i compiti di coordinamento (raccolta, preparazione, elaborazione e controllo dei dati rilevati dai registri cantonali dei tumori) in base a un accordo sulle prestazioni con l'UFSP e grazie al finanziamento con i mezzi del bilancio dello Stato (sulla base dell'art. 16 LR)<sup>174</sup>. Tuttavia, l'applicazione di una procedura di rilevamento uniforme a livello nazionale è l'unico modo per raggruppare, validare e standardizzare le informazioni contenute nei registri cantonali.

<sup>174</sup> RS 420.1; le spese e le risorse finanziarie sono definite nel messaggio del 24 gennaio 2007 concernente il promovimento dell'educazione, della ricerca e dell'innovazione negli anni 2008–2011(07.012).

Il *capoverso 2* fornisce una base normativa speciale al finanziamento dell'analisi centralizzata dei dati da parte della fondazione NICER.

Si rinuncia ad integrare nella LPrev disposizioni complete sul rilevamento in tutti i Cantoni di dati relativi a determinate malattie e sul loro raggruppamento in registri nazionali sulla base di standard uniformi, in quanto ciò oltrepasserebbe il campo d'applicazione della legge.

## 3.4 **Capitolo 4: Rapporti e controlling**

### Art. 19 Rapporti sulla salute

L'elaborazione regolare di rapporti sulla salute in base a indicatori specifici e monitoraggio tematici permette di descrivere e analizzare l'assistenza sanitaria e lo stato di salute della popolazione e di determinati gruppi di persone. È inoltre un requisito fondamentale per formulare e verificare gli obiettivi nazionali di cui all'articolo 4 (cfr. art. 20 cpv. 1). L'aggiornamento costante dei dati permette di seguire e capire l'evoluzione nel tempo di questi elementi (cpv. 1). Oltre ai dati provenienti dalle statistiche della Confederazione e dei Cantoni (cfr. cpv. 2) possono essere utilizzati anche i dati delle statistiche delle assicurazioni sociali e dei loro fornitori di prestazioni come pure i risultati delle inchieste condotte presso la popolazione (ad es. inchiesta svizzera sulla salute) o di altri rilevamenti statistici.

Inoltre, in collaborazione con i Cantoni la Confederazione pubblica a intervalli regolari (ossia ogni 4–5 anni) un rapporto nazionale sulla salute. Il rapporto nazionale sulla salute definisce al contempo le condizioni quadro sociali che influenzano la salute della popolazione. Evidenzia quali fattori sociali e quali comportamenti individuali hanno un impatto sulla salute della popolazione, ad esempio la sicurezza economica e sociale, il grado di educazione, le condizioni di lavoro, la partecipazione alla vita sociale e l'ambiente. Tutti questi fattori hanno un impatto non solo sulla salute ma anche sulle risorse e sulle competenze sanitarie della popolazione. Anche il tipo di assistenza sanitaria è un fattore determinante per la salute. L'attenzione è posta in particolare sulla correlazione tra le diverse offerte (prevenzione, promozione della salute, diagnosi precoce, terapia, cura, cure palliative ecc.).

Oltre ai dati rilevati dai servizi federali competenti, i rapporti sulla salute si basano sui dati statistici raccolti dai Cantoni (cfr. sotto). Verosimilmente, verranno allestiti, come finora<sup>175</sup>, dall'Osservatorio svizzero della salute istituito dalla Confederazione e dai Cantoni. I rapporti sulla salute permettono – insieme al monitoraggio tematico e al monitoraggio di singoli indicatori – di ottenere una panoramica dell'evoluzione della situazione sanitaria. Si tratterà di lavori scientifici che evidenziano i nessi tra i determinanti della salute e altri fattori che influenzano lo stato di salute della popolazione e documentano scientificamente la complessa realtà sanitaria di una società.

<sup>175</sup> L'ultimo rapporto svizzero sulla salute è stato pubblicato nel 2008: Meyer K. (edit.), *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008*, Berna, 2009. Cfr. anche <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/05/06.html> (disponibile anche in francese, sintesi in italiano: <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/it/index/05/publikationsdatenbank.html>).

Il *capoverso 2* obbliga i Cantoni a mettere a disposizione della Confederazione informazioni rilevanti per l'elaborazione regolare dei rapporti sulla salute e dei rapporti nazionali (statistiche cantonali, risultati di inchieste cantonali o di studi di ricerca ecc.).

#### *Art. 20* Controlling e verifica dell'efficacia

L'*articolo 20* definisce le competenze per la verifica degli effetti ottenuti con gli strumenti di coordinamento e di gestione strategica di cui agli articoli 4 e 5 e con i programmi nazionali di cui all'articolo 6. Si parte dal presupposto che il servizio responsabile è competente anche per il controlling e la verifica dell'efficacia. La valutazione della legge ai sensi dell'articolo 170 Cost. è disciplinata dall'articolo 38.

Come menzionato nell'articolo 4, gli obiettivi nazionali vanno formulati in modo da poter essere verificati. Ciò significa che devono basarsi su valori quantificabili e/o su indicatori. È inoltre previsto il regolare allestimento di rapporti sulla salute (cfr. art. 19) basati sul monitoraggio tematico e di singoli indicatori, che permetteranno di valutare periodicamente i risultati delle misure di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce attuate dalla Confederazione e dai Cantoni per raggiungere gli obiettivi prefissati (*cpv. 1*). Se necessario, occorrerà adottare correttivi.

Secondo il *capoverso 2*, al termine di ogni quadriennio, dovremo procedere a una valutazione degli effetti prodotti dalla strategia (cfr. art. 5) e tener conto dei risultati di tale valutazione in sede di formulazione della nuova strategia.

Conformemente al *capoverso 3*, l'Istituto verifica regolarmente l'opportunità, l'efficacia<sup>176</sup> e l'economicità dei programmi nazionali che attua. Gli studi condotti per la valutazione dei programmi nazionali devono contenere elementi sommativi<sup>177</sup> e formativi<sup>178</sup>, i cui risultati e raccomandazioni possono essere utilizzati per ottimizzare l'attuazione del programma in corso e per pianificare i programmi futuri. La concezione e la pianificazione di studi di valutazione più importanti dell'Istituto vanno coordinate con il servizio di valutazione dell'UFSP, competente per la legge e i suoi effetti (cfr. art. 38).

## **3.5 Capitolo 5: Istituto svizzero per la prevenzione e la promozione della salute**

### **3.5.1 Sezione 1: Disposizioni generali**

L'atto normativo che disciplina l'organizzazione dell'Istituto svizzero per la prevenzione e la promozione della salute è parte integrante della legge sulla prevenzione e comprende gli articoli di legge da 21 a 36. Si è rinunciato pertanto a emanare una legge organizzativa a sé stante.

Le disposizioni fondamentali sull'organizzazione e il finanziamento dell'Istituto – unità amministrativa decentrata facente parte dell'Amministrazione federale – contengono norme di diritto che secondo l'articolo 164 della Costituzione federale

<sup>176</sup> Nel quadro della verifica dell'efficacia si valuta, oltre al rapporto tra l'effetto atteso e quello effettivo, anche gli effetti indesiderati, ad esempio gli «effetti collaterali».

<sup>177</sup> Cfr. nota 159

<sup>178</sup> Cfr. nota 160



devono essere emanate sotto forma di legge federale e non di ordinanza. Inoltre, per effetto del principio di parallelismo formale a livello legislativo, vanno previste deroghe agli atti organizzativi orizzontali emanati dall'Amministrazione (in particolare LOGA<sup>179</sup>, legge del 24 marzo 2000<sup>180</sup> sul personale federale [LPers], legge del 7 ottobre 2005<sup>181</sup> sulle finanze della Confederazione [LFC]).

Si prevede che il nostro Consiglio potrà emanare ulteriori prescrizioni a livello di ordinanza unicamente sulla presentazione dei conti secondo l'articolo 34. Inoltre, se lo riterremo necessario, potremo delegare le competenze di datore di lavoro all'Istituto giusta l'articolo 3 capoverso 2 LPers (cfr. commenti all'art. 29).

L'impostazione delle disposizioni di legge poggia ampiamente sui 37 principi di corporate governance del Consiglio federale e su recenti disposizioni di legge relative ad altre unità amministrative decentrate (ad es. assicurazione svizzera contro i rischi delle esportazioni, Autorità federale di vigilanza sui mercati finanziari, Ispettorato federale della sicurezza nucleare<sup>182</sup>). Il finanziamento delle spese dell'Istituto con le risorse generali del bilancio della Confederazione non è disciplinato in modo esauriente. In ragione della sovranità finanziaria delle Camere federali, spetta al Parlamento decidere quali compiti l'Istituto può adempiere e in quale misura (cfr. anche il commento all'art. 32).

#### *Art. 21*            Forma giuridica

L'Istituto è un ente di diritto pubblico dotato di personalità giuridica, impostato come unità amministrativa decentrata della Confederazione. La scelta di questa forma giuridica è conforme al principio di *corporate governance* n. 1 che figura nel nostro rapporto sul governo d'impresa<sup>183</sup>.

Secondo il *capoverso 2* l'Istituto può stabilire la propria organizzazione e la propria forma di gestione sempre che queste non siano già disciplinate dalla legge. È prevista l'emanazione di un regolamento di organizzazione (cfr. art. 27 cpv. 2 lett. b). L'Istituto tiene una contabilità propria e non è sottoposto alla legge sulle finanze della Confederazione<sup>184</sup>, ad eccezione dell'obbligo di integrare i conti nel consuntivo consolidato della Confederazione giusta l'articolo 55 capoverso 1 LFC. Ciò permette di ottenere una visione globale della situazione inerente al patrimonio, alle finanze e ai ricavi.

La sede dell'Istituto non è stabilita nella legge. Il *capoverso 3* affida questa competenza al nostro Consiglio. In tal modo il nostro margine di manovra per la scelta della sede non risulta limitato. Anche il nome e la denominazione definitivi dell'Istituto sono di nostra competenza. La denominazione utilizzata nell'avamprogetto e nel disegno di legge («Istituto svizzero per la prevenzione e la promozione della salute») è meramente indicativa.

179 RS **172.010**

180 RS **172.220.1**

181 RS **611.0**

182 Legge del 16 dicembre 2005 sull'assicurazione contro i rischi delle esportazioni (RS **946.10**); legge del 22 giugno 2007 sulla vigilanza dei mercati finanziari (RS **956.1**); legge del 22 giugno 2007 sull'Ispettorato federale della sicurezza nucleare (RS **732.2**).

183 FF **2006** 7545

184 RS **611.0**

L'Istituto dev'essere iscritto nel registro di commercio. Considerato che gli articoli 106 e seguenti dell'ordinanza sul registro di commercio<sup>185</sup> definiscono già le condizioni e il contenuto dell'iscrizione e che le autorizzazioni di firma degli organi dell'Istituto risultano dal regolamento di organizzazione, si rinuncia a emanare una disposizione di legge che disciplini quest'aspetto.

#### Art. 22            Compiti

I compiti dell'Istituto risultano dall'elenco dei compiti che figura nella legge sulla prevenzione e in altre leggi federali (ad es. LEp<sup>186</sup> o LStup<sup>187</sup>). Tra i compiti dell'Istituto vi sono tra l'altro l'elaborazione, l'attuazione e la valutazione di programmi nazionali (art. 6 e 20 cpv. 3), attività di informazione (art. 7), misure di sostegno ai Cantoni e a terzi (art. 8) e la concessione di contributi provenienti dalle entrate dei prelievi a favore della prevenzione a progetti e programmi cantonali (art. 13).

Il nostro Consiglio può affidare all'Istituto altri compiti contro indennità (cpv. 2), ad esempio attività di informazione e documentazione in virtù di altre leggi federali (ad es. LDerr<sup>188</sup>, LStup). Il trasferimento di compiti avviene generalmente mediante ordinanza.

L'Istituto, infine, può fornire prestazioni ai Cantoni (cpv. 3).

#### Art. 23            Collaborazione

A livello nazionale e cantonale vi sono istituzioni e organizzazioni che operano già in alcuni degli ambiti d'attività del futuro Istituto. Quest'ultimo deve quindi essere obbligato per legge a collaborare con queste strutture. È particolarmente importante assicurare una buona collaborazione con l'Osservatorio svizzero della salute (Obsan), gli istituti universitari di medicina sociale e preventiva, la Swiss School of Public Health Plus<sup>189</sup>, le scuole universitarie professionali e le organizzazioni professionali e specialistiche, mediche e non mediche, attive nel campo della prevenzione, della promozione della salute e della diagnosi precoce. Occorre inoltre portare avanti la collaborazione messa a punto negli ultimi anni dalle unità competenti dell'UFSP con istituzioni private, ad es. la fondazione RADIX, l'Istituto svizzero di prevenzione dell'alcolismo e altre tossicomanie (ISPA), l'Aiuto Aids Svizzero, la Comunità nazionale di lavoro politico per i problemi legati alle dipendenze (CPD), la Comunità di lavoro per la prevenzione del tabagismo o la Società Svizzera di Nutrizione (SSN). Parallelamente, l'Istituto dovrà collaborare anche con istituzioni istituite sulla base di altre leggi federali, ad es. con l'osservatorio nazionale dei problemi legati alla dipendenza secondo l'articolo 29c capoverso 2 della legge sugli stupefacenti sottoposta a revisione<sup>190</sup>, ma anche con servizi attivi nel settore della

<sup>185</sup> RS **221.411**

<sup>186</sup> RS **818.101**

<sup>187</sup> RS **812.121**

<sup>188</sup> RS **817**

<sup>189</sup> La Fondazione Swiss School of Public Healthplus (SSPH+) promuove e coordina la formazione continua universitaria a livello nazionale, nonché le attività di ricerca ad essa connesse in tutti gli ambiti della salute pubblica e dell'economia sanitaria. La fondazione fa capo a sette università (Università della Svizzera italiana, Ginevra, Losanna, Neuchâtel, Basilea, Berna e Zurigo).

<sup>190</sup> FF **2008** 1955 seg.

prevenzione degli infortuni e della sicurezza sul lavoro, ad es. l'Ufficio prevenzione infortuni (upi) o la Suva.

L'Istituto è inoltre autorizzato a far capo a organizzazioni e persone di diritto pubblico o privato per l'adempimento di singoli compiti (*cpv.* 2). Le prestazioni fornite da terzi vanno indennizzate conformemente alla legge federale del 16 dicembre 1994<sup>191</sup> sugli acquisti pubblici (LAPub).

Infine, conformemente al *capoverso 3* l'Istituto, d'intesa con i Dipartimenti competenti (soprattutto DFI e DFAE), può partecipare a organizzazioni internazionali specializzate attive nel settore della prevenzione, della promozione della salute e della diagnosi precoce. Si può pensare ad esempio a una partecipazione all'International Union for Health Promotion and Education (IUHPE).

#### *Art. 24*                    Prestazioni commerciali

Secondo l'articolo 41 LFC<sup>192</sup>, le unità amministrative possono fornire a terzi prestazioni commerciali solo se sono autorizzate a farlo a norma di legge. Per prestazione commerciale si intende la fornitura dietro compenso di merci o servizi che non è retta dal diritto pubblico (ad es. LSu<sup>193</sup>). Per terzi si intendono organizzazioni nazionali o internazionali, privati o collettività (Cantoni, Città, Comuni). Fanno eccezione i servizi federali ai quali si applica la LFC, tra cui le unità amministrative centrali e decentrate della Confederazione, l'Assemblea federale e i Tribunali federali.

Le prestazioni commerciali fornite da un'unità decentrata dell'Amministrazione devono soddisfare una serie di requisiti (*cpv.* 1). Se queste condizioni quadro sono adempiute, l'Istituto è autorizzato a fornire anche a terzi le prestazioni di supporto metodologico e tecnico descritte nell'articolo 8, dietro compenso. Si può ad esempio immaginare che l'Istituto sviluppi o realizzi un progetto di innovazione per la promozione della salute su incarico di un'azienda o rediga studi e rapporti per conto di un'organizzazione internazionale come l'OMS, l'OCSE o la Commissione europea.

Secondo il *capoverso 2* i ricavi devono permettere almeno di coprire i costi. Il DFI può autorizzare tariffe più basse per singole prestazioni a condizione che non venga fatta concorrenza all'economia privata.

### **3.5.2                                    Sezione 2: Organizzazione e personale**

#### *Art. 25*                    Organi

I tre organi dell'Istituto sono il consiglio d'istituto, la direzione e l'ufficio di revisione. L'indipendenza contabile dell'Istituto fa sì che sia necessario un ufficio di revisione. Questa struttura snella corrisponde in ampia misura alla composizione delle unità amministrative decentrate della Confederazione in uso negli ultimi anni.

<sup>191</sup> RS 172.056.1

<sup>192</sup> RS 611

<sup>193</sup> RS 616.1

*Art. 26* Composizione e nomina del consiglio d'istituto

Il consiglio d'istituto conta nove membri competenti (*cpv. 1*) il cui profilo deve corrispondere all'indirizzo strategico. In altre parole, il consiglio d'istituto deve comporsi di persone con esperienza e competenze nel settore della salute e nella gestione di organizzazioni amministrative pubbliche, così come di specialisti provenienti da vari orizzonti. Oltre alle scienze mediche devono quindi essere rappresentate le scienze sociali e umane. Parallelamente, nel consiglio d'istituto devono sedere anche persone che dispongono di sufficienti competenze ed esperienze manageriali.

Il *capoverso 2* designa il Consiglio federale come organo di nomina dei membri del consiglio d'istituto. Spetta al nostro Consiglio provvedere affinché vengano nominate solo persone competenti. Esso garantisce inoltre un'equa rappresentanza dei sessi, delle lingue nazionali, delle regioni e dei gruppi d'età. Il direttore dell'Istituto non può essere scelto in seno al consiglio d'istituto<sup>194</sup>.

L'obiettivo non è di darci facoltà di nominare uno o più rappresentanti della Confederazione in seno al consiglio d'istituto<sup>195</sup>. Per contro, i Cantoni, in veste di importanti clienti dell'Istituto, devono poterne proporre tre. Questa soluzione assicura ai Cantoni la possibilità di codecidere la composizione del consiglio d'istituto. Anche gli assicuratori di cui all'articolo 11 LAMal<sup>196</sup> hanno diritto di proporre un membro. In tal modo si garantisce il coordinamento ottimale nel settore della diagnosi precoce. Se respinge una candidatura, il Consiglio federale deve permettere ai Cantoni o agli assicuratori aventi diritto di riproporne un'altra.

La durata del mandato è fissata a quattro anni. È esplicitamente prevista la possibilità per i membri che il mandato sia loro rinnovato una volta (*cpv. 3*).

Il *capoverso 4* prevede la possibilità di revocare per motivi gravi il mandato dei membri del consiglio d'istituto in carica, in particolare se questi non soddisfano più i requisiti, se violano gravemente i propri obblighi o se sussiste un conflitto d'interessi duraturo che non può essere risolto altrimenti.

Dai membri del consiglio d'istituto ci si aspetta che tutelino gli interessi dell'Istituto (*cpv. 5*)<sup>197</sup>. Non devono agire come rappresentanti di autorità o di un'organizzazione poiché non si tratta di un organo politico. Per questo motivo non si è dato seguito alla richiesta formulata nell'ambito della consultazione di sancire per legge la rappresentanza dei membri dell'Istituto (cfr. sopra n. 2.2.1). Se si prefigura un conflitto d'interessi concreto, il membro interessato deve ricusarsi per l'affare in questione. Se il conflitto d'interessi è permanente, il membro deve dimettersi di propria iniziativa. In caso contrario potremo, in ultima ratio, revocargli il mandato per motivi gravi (cfr. *cpv. 4*).

I membri del consiglio d'istituto non hanno un rapporto di lavoro con l'Istituto. Per questo il *capoverso 6* prevede che il nostro Consiglio stabilisca le indennità versate ai membri del consiglio d'istituto. Il loro onorario e le altre condizioni contrattuali

<sup>194</sup> Cfr. principio di corporate governance n. 3, secondo cui le persone che fanno parte degli organi delle unità rese autonome sono in linea di principio indipendenti.

<sup>195</sup> Cfr. principio di corporate governance n. 9, secondo cui i rappresentanti della Confederazione e di cantoni possono essere impartite istruzioni devono far parte dei consigli d'amministrazione o d'istituto unicamente in casi eccezionali motivati.

<sup>196</sup> RS **832.10**

<sup>197</sup> Cfr. principio di corporate governance n. 6, secondo cui i membri del consiglio d'istituto tutelano gli interessi dell'unità resa autonoma.

pattuite sono retti per analogia dall'articolo 6a LPers<sup>198</sup> e dalle pertinenti ordinanze (in particolare l'ordinanza del 19 dicembre 2003<sup>199</sup> sulla retribuzione dei quadri).

#### Art. 27 Funzione e compiti del consiglio d'istituto

Secondo il *capoverso 2 lettera a*, il consiglio d'istituto è responsabile dell'attuazione degli obiettivi strategici di cui all'articolo 5 capoverso 1 lettera b della legge. In questo senso, è tenuto a presentarci annualmente un rapporto sul conseguimento degli obiettivi strategici.

La legge contiene solo le disposizioni strettamente necessarie sull'organizzazione dell'Istituto per tener conto dell'autonomia organizzativa di cui quest'ultimo gode. L'ulteriore concretizzazione dell'organizzazione e della gestione degli affari è disciplinata da un regolamento d'organizzazione (cfr. cpv. 2 lett. b) con disposizioni che hanno un impatto unicamente all'interno dell'Istituto. Dal regolamento non si possono desumere diritti né doveri di terzi poiché non esplica effetti verso l'esterno. Non trattandosi di un atto normativo, non viene pubblicato nella RU o nella RS.

Il consiglio d'istituto approva il programma di lavoro, la pianificazione a medio termine e il preventivo (*lett. c*) ed è responsabile della redazione del rapporto di gestione (inclusi i conti annuali, *lett. d*). Ciò non gli impedisce di delegare quest'ultimo compito alla direzione dell'Istituto. I contenuti del rapporto si articolano per analogia con quanto disposto dal Codice delle obbligazioni (art. 662 segg. CO<sup>200</sup>). Oltre a dati statistici e al conto annuale, il rapporto deve quindi contenere indicazioni sull'esercizio precedente, il che gli conferisce il carattere di una relazione sulla gestione. Prima della pubblicazione, il consiglio d'istituto lo sottopone al nostro Consiglio per approvazione, che può rifiutarsi di approvarlo se non concorda con punti fondamentali.

Il consiglio d'istituto nomina il direttore e gli altri membri della direzione (*lett. e-f*). Mentre la nomina del direttore richiede la nostra approvazione, quella degli altri membri della direzione compete in via esclusiva al consiglio d'istituto. Ad eccezione del direttore (cfr. art. 28 cpv. 1), la composizione della direzione non è stabilita né nella legge né da una nostra ordinanza, ma può essere decisa dall'Istituto stesso che può quindi adeguare la propria struttura operativa alle nuove esigenze.

Secondo la *lettera g* il consiglio d'istituto è anche competente per la revoca del mandato di membri della direzione. Può revocare il mandato del direttore anche senza la nostra approvazione. Ciò si giustifica se tra il consiglio d'istituto e il direttore non vi è più un rapporto di fiducia. Questa scelta è giustificata dal fatto che, se il CF non conferma la revoca, il consiglio d'istituto sarebbe di fatto incapace di agire.

In quanto organo supremo dell'ente, il consiglio d'istituto svolge anche funzioni di controllo (*lett. h*). Sorveglia in particolare l'attività della direzione per controbilanciarne la posizione. Deve inoltre verificare il rispetto del regolamento di organizzazione, individuare gli abusi e ordinarne l'eliminazione. Se rileva gravi problemi nell'organizzazione o nella gestione dell'Istituto e la direzione non è in grado di ovviarvi, il consiglio d'istituto deve intervenire.

<sup>198</sup> RS 172.220.1

<sup>199</sup> RS 172.220.12

<sup>200</sup> RS 220

## Art. 28 Funzione e compiti della direzione

La direzione è l'organo operativo ed è presieduta dal direttore (*cpv. 1*).

La direzione ha segnatamente il compito di soprintendere le attività scientifiche, amministrative e gestionali dell'Istituto e di emanare le necessarie decisioni (*lett. a*), in particolare in merito alla concessione di contributi provenienti dai prelievi a favore della prevenzione a singoli progetti (cfr. art. 12 *cpv. 3 lett. c*) o alla risoluzione dei rapporti di lavoro per mezzo di decisione (art. 13 LPers<sup>201</sup>). Nel caso di membri della direzione, il consiglio d'istituto è competente per la revoca del mandato e l'eventuale licenziamento per mezzo di decisione (cfr. art. 27 *cpv. 2 lett. g*).

La direzione elabora inoltre le basi per le decisioni del consiglio d'istituto e provvede a informarlo (*lett. b*). Assicura le relazioni con l'esterno, segnatamente con i servizi federali, i Cantoni e altre istituzioni o organizzazioni specializzate che svolgono compiti analoghi in Svizzera e all'estero (*lett. c*) e assume il personale (*lett. d*). In caso di conflitti sulla ripartizione delle competenze, si applica la clausola generale secondo cui la direzione adempie tutti i compiti che il regolamento di organizzazione non attribuisce al consiglio d'istituto o all'ufficio di revisione (*lett. e*).

I dettagli devono essere disciplinati nel regolamento di organizzazione emanato dal consiglio d'istituto conformemente all'articolo 27 capoverso 2 lettera b (*cpv. 3*). Si tratta in particolare di definire la ripartizione dei compiti e delle competenze tra il consiglio d'istituto e la direzione da un lato, e tra la direzione e il direttore dall'altro.

## Art. 29 Rapporti di lavoro

L'Istituto è un'unità amministrativa decentrata della Confederazione che fornisce prevalentemente servizi con carattere di monopolio e che opera nell'ambito del diritto pubblico. In relazione alla gestione dei prelievi a favore della prevenzione (cfr. art. 12), adempie compiti che sono prevalentemente di pertinenza statale. Per questo motivo, per il personale è stato scelto uno statuto di diritto pubblico, al quale si applicano le disposizioni della legge sul personale federale (*cpv. 1*).

Poiché a breve termine l'Istituto svolgerà compiti di diritto privato solo in misura molto limitata, si può rinunciare a una disposizione che stabilisca l'obbligo di assumere il personale secondo il codice delle obbligazioni. Attualmente, la delega all'Istituto delle competenze di datore di lavoro non può essere motivata da particolarità gestionali. Il fatto che l'Istituto abbia una personalità giuridica e una contabilità proprie non basta per giustificare una deroga alla legge sul personale federale. Pertanto, il personale dell'Istituto sottostà integralmente alla normativa d'attuazione del Consiglio federale. Se in corso d'esercizio tale deroga si rendesse necessaria, potremo trasferire in parte o del tutto all'Istituto, sulla base dell'articolo 3 capoverso 2 LPers<sup>202</sup>, le competenze del datore di lavoro. Potremo inoltre trasferire al consiglio d'istituto la competenza di emanare disposizioni d'esecuzione in materia di personale sulla base dell'articolo 37 capoverso 3 LPers.

Per ragioni di completezza, si rinvia alla responsabilità degli organi e del personale dell'Istituto secondo la legge federale del 14 marzo 1958<sup>203</sup> sulla responsabilità della Confederazione, dei membri delle autorità federali e dei funzionari federali (Legge

201 RS 172.220.1

202 RS 172.220.1

203 RS 170.32

sulla responsabilità), che all'articolo 19 stabilisce che per le unità amministrative decentralizzate della Confederazione risponde in primo luogo l'organizzazione. Se questa non è in grado di corrispondere le indennità dovute, la Confederazione risponde per l'importo scoperto, pur conservando un diritto di regresso. Non vi sono compiti specifici dell'Istituto che giustificano una deroga a questa disposizione.

#### *Art. 30* Previdenza professionale

A tenore dell'*articolo 30* la direzione e il resto del personale dell'Istituto sono assicurati presso la Cassa pensioni della Confederazione PUBBLICA (*cpv. 1*).

Per garantire la certezza del diritto il *capoverso 2* stabilisce che l'Istituto è considerato datore di lavoro ai sensi dell'articolo 32*b* capoverso 2 LPers<sup>204</sup>.

#### *Art. 31* Nomina e compiti dell'ufficio di revisione

L'indipendenza contabile dell'Istituto fa sì che sia necessario un ufficio di revisione.

L'ufficio di revisione è nominato dal Consiglio federale che può revocarne il mandato per motivi gravi. Come previsto dai principi di corporate governance, il mandato di revisione, lo statuto, le prerogative, l'indipendenza, la durata del mandato e l'allestimento del rapporto dell'ufficio di revisione sono retti per analogia dalle disposizioni del diritto in materia di società anonima (art. 727–731 CO)<sup>205</sup>. L'ufficio di revisione effettua una revisione ordinaria ai sensi dell'articolo 727 CO, anche se l'Istituto non dovesse soddisfare i requisiti di cui al capoverso 1 di detto articolo. Il rapporto sui risultati della verifica va sottoposto al consiglio d'istituto e al Consiglio federale.

### **3.5.3 Sezione 3: Finanziamento e gestione finanziaria**

#### *Art. 32* Finanziamento

Le attività dell'Istituto sono finanziate in gran parte da contributi della Confederazione. Il *capoverso 1* riporta in modo esaustivo i compiti e le attività dell'Istituto finanziati esclusivamente con risorse provenienti dalle finanze della Confederazione. I nuovi compiti definiti dalla legge sulla prevenzione (tra cui le misure di sostegno di cui all'art. 8) non dovranno avere un impatto sulle finanze federali. Considerate le risorse umane e materiali che l'UFSP destina attualmente a misure di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce, si può partire dal presupposto che l'Istituto avrà a disposizione circa 16 milioni di franchi sotto forma di credito d'esercizio per svolgere tali compiti (cfr. in merito n. 4.1).

Il *capoverso 2* disciplina il finanziamento dell'elaborazione e dell'attuazione di programmi nazionali secondo l'articolo 6. Questi programmi possono essere finanziati sia con contributi provenienti dalle risorse della Confederazione, sia con entrate provenienti dai prelievi a favore della prevenzione (cfr. n. 2.4.5 e commento all'art. 12). La quota principale dei finanziamenti, tuttavia, verrà dai prelievi a favore della prevenzione dato che l'attuazione non dovrà un impatto sulle finanze

<sup>204</sup> RS 172.220.1

<sup>205</sup> RS 220

federale. L'entità dei contributi federali e la quota dei prelievi a favore della prevenzione destinata al finanziamento dei programmi sono stabilite dal nostro Consiglio nel quadro della strategia di prevenzione (cfr. art. 5 cpv. 1 lett. d). Pertanto, le misure specifiche di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce della Confederazione disporranno di una base di finanziamento più ampia rispetto ad oggi. In base alle esperienze maturate dall'UFSP nell'elaborazione e nell'attuazione di programmi nazionali di prevenzione, si stima che per produrre effetti sufficienti e duraturi serviranno da 3 a 6 milioni di franchi per ciascun programma.

Secondo il *capoverso 3* l'Istituto può acquisire ulteriori risorse dai compensi per le prestazioni fornite ai Cantoni (cfr. art. 23), dalle entrate provenienti dalle prestazioni commerciali (cfr. art. 24) o da sovvenzioni ricevute da terzi.

#### *Art. 33* Tesoreria

Le liquidità dell'Istituto sono gestite nell'ambito della tesoreria centrale della Confederazione (*cpv. 1*). L'AFF gestisce per l'Istituto un conto di deposito che gli assicura le liquidità necessarie e che gli permette di ricevere ed effettuare pagamenti. I mutui remunerati concessi per garantire la capacità di pagamento figurano come scoperti sul conto di deposito (*cpv. 2*). In contropartita l'Istituto investe i fondi eccedenti presso la Confederazione, che gli versa interessi conformi al mercato. I dettagli sono disciplinati in una convenzione tra l'AFF e l'Istituto (*cpv. 3*).

#### *Art. 34* Presentazione dei conti

La presentazione dei conti di un'unità amministrativa decentralizzata della Confederazione dev'essere conforme ai principi pertinenti della normativa federale in materia di finanze e alle direttive in materia di conti consolidati per consentire il consolidamento contabile. L'articolo 34 riprende i principi fondamentali della normativa applicabili anche alla contabilità dell'Istituto. Se necessario, potremo emanare prescrizioni supplementari per la presentazione dei conti dell'Istituto (*cpv. 5*).

Poiché l'Istituto può fornire prestazioni commerciali, la situazione del patrimonio, delle finanze e dei ricavi dev'essere esposta mediante una contabilità separata (*cpv. 1*). La presentazione dei conti dell'Istituto permette di verificare il rispetto del divieto di sovvenzionamento indiretto (cfr. art. 24 cpv. 2). La contabilità separata va impostata in modo da permettere di verificare se l'Istituto ha utilizzato i mezzi finanziari (inclusi i prelievi a favore della prevenzione) conformemente allo scopo (*cpv. 4*).

#### *Art. 35* Imposte

L'articolo 62d LOGA<sup>206</sup> dispone l'esenzione da qualsiasi imposta cantonale per la Confederazione e per i suoi istituti, aziende e fondazioni dipendenti.

L'Istituto è soggetto all'imposta sul valore aggiunto per le prestazioni in concorrenza con fornitori privati. Nella legislazione sull'imposta preventiva, il legislatore ha inoltre rinunciato a esentare la Confederazione e i suoi enti autonomi dall'obbligo fiscale soggettivo dell'imposta preventiva, ragione per cui l'Istituto non può essere esentato da tale obbligo.

<sup>206</sup> RS 172.010



### 3.5.4

## Sezione 4: Vigilanza

### *Art. 36*

Conformemente all'articolo 8 capoverso 4 LOGA<sup>207</sup>, il Consiglio federale controlla le unità amministrative decentrate. In virtù di questa disposizione, la vigilanza dell'Istituto ci compete. Nell'ambito delle nostre competenze organizzative, discipliniamo i dettagli concernenti l'esercizio delle nostre funzioni (art. 24 LOGA). In particolare, possiamo incaricare il DFI di assumere parzialmente o integralmente questo compito di vigilanza.

Il *capoverso 2* comprende un elenco non esaustivo dei principali strumenti a nostra disposizione per svolgere il nostro compito di vigilanza sull'Istituto: nomina dei membri del consiglio d'istituto e del presidente, approvazione della nomina del direttore, nomina dell'ufficio di revisione, approvazione del rapporto di gestione, verifica annua del conseguimento degli obiettivi strategici in base al rapporto del consiglio d'istituto (cfr. art. 27 cpv. 2 lett. a) e scarico al consiglio d'istituto. Nella pratica, la vigilanza è esercitata dal Dipartimento i cui compiti sono collegati più strettamente con quelli dell'Istituto. Il Dipartimento ci sottopone poi le proposte previste dalla legge.

Il *capoverso 3* obbliga l'Istituto ad autorizzare il Consiglio federale o il Dipartimento – se gli è stato delegato il compito di vigilanza – a consultare i documenti di gestione e ad essere informato sull'attività svolta. Il nostro Consiglio può chiedere al CDF di allestire rapporti di revisione ed è naturalmente autorizzato a consultare i rapporti del CDF.

È fatta salva l'alta vigilanza del Parlamento e del CDF (*cpv. 4*)<sup>208</sup>.

## 3.6

## Capitolo 6: Esecuzione

Secondo le prescrizioni federali, l'esecuzione delle misure di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce è di competenza dei Cantoni. Gli articoli da 37 a 40 contemplano disposizioni per l'esecuzione e l'attuazione della LPrev che in base al settore specifico rientrano nella sfera di competenza della Confederazione o sono generalmente di sua competenza.

### *Art. 37* Collaborazione internazionale

Il *capoverso 1* obbliga le autorità di esecuzione della Confederazione a cercare e curare la collaborazione con le autorità e le istituzioni estere nonché con le organizzazioni internazionali e intergovernative (in merito alla collaborazione internazionale dell'Istituto cfr. anche art. 23 cpv. 3 e art. 28 cpv. 2 lett. c). Va precisato che i servizi federali partecipano già ai lavori condotti da alcune di queste organizzazioni (ad es. OMS, UE, OCSE o Consiglio d'Europa) nei settori della prevenzione, della

<sup>207</sup> RS 172.010

<sup>208</sup> L'iniziativa parlamentare del 7 settembre 2007 della Commissione delle finanze del Consiglio nazionale (07.494) chiede che la partecipazione dell'Assemblea federale nella gestione strategica delle unità autonome venga rafforzata. Il progetto di legge elaborato dalla Commissione non è stato ancora presentato (agosto 2009).

promozione della salute e della diagnosi precoce. Nell'ambito della collaborazione internazionale in materia di prevenzione occorre garantire la coerenza delle azioni con gli obiettivi della politica sanitaria estera<sup>209</sup>.

Il *capoverso 2* ci autorizza ad esempio, qualora un accordo sulla salute venga effettivamente concluso con l'UE, a sostenere i Cantoni e le organizzazioni private attive nella prevenzione e nella promozione della salute che intendono partecipare a programmi internazionali, ad esempio ai programmi d'azione comunitari per la sanità pubblica. Questo sostegno ingloba in particolare la consulenza per la compilazione delle domande di progetto e la ricerca di partner per progetti internazionali nel settore della prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce ed è paragonabile ai compiti che la rete di informazione Eurosearch svolge su incarico della Segreteria di Stato per l'educazione e la ricerca (SER) per sostenere i ricercatori svizzeri che partecipano ai programmi quadro di ricerca dell'UE.

Secondo l'articolo 7a capoverso 1 LOGA, il nostro Consiglio può concludere autonomamente trattati internazionali nella misura in cui ne sia autorizzato da una legge federale. Il *capoverso 3* ci autorizza a concludere solo due tipi di accordi internazionali specifici: accordi sullo scambio di informazioni (*lett. a*) e accordi sullo scambio di dati statistici (*lett. b*). Si può pensare in particolare allo scambio di dati statistici nell'ambito della sorveglianza epidemiologica (cfr. commenti all'art. 17 cpv. 2) o a dati scientifici sull'efficacia e l'economicità di misure di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce. È escluso lo scambio di dati personali particolarmente sensibili come pure lo scambio di dati personali in generale.

#### Art. 38 Valutazione

Il *capoverso 1* si appoggia all'articolo 170 Cost. secondo cui l'efficacia dei provvedimenti della Confederazione dev'essere sottoposta a verifica periodica. Insieme alle verifiche dell'efficacia degli strumenti di coordinamento e di gestione strategica di cui all'articolo 20, l'*articolo 38* funge da base per l'ulteriore sviluppo della LPrev e permette di stabilire scientificamente se e in che misura determinate misure soddisfano effettivamente le attese e centrano gli obiettivi. L'obiettivo è di individuare i punti di forza e i punti deboli della legge e di misurarne l'impatto in modo da poter formulare raccomandazioni per la sua ottimizzazione.

In virtù delle *lettere a e b*, l'UFSP deve valutare in particolare due aspetti: in che misura la legge ha migliorato il coordinamento e la collaborazione tra Confederazione, Cantoni, Città e Comuni ma anche organizzazioni private attive nella prevenzione e promozione della salute (*lett. a*) e come vengono impiegati i mezzi finanziari erogati dalla Confederazione e dai Cantoni come gli aiuti finanziari secondo l'articolo 14 e i contributi provenienti dai prelievi a favore della prevenzione secondo l'articolo 12 (*lett. b*). La raccolta e l'accessibilità dei dati necessari alla realizzazione delle valutazioni sono garantite dagli articoli 17 e 19.

Secondo il *capoverso 2*, l'Istituto è tenuto a mettere a disposizione dell'UFSP i risultati delle verifiche dell'efficacia dei programmi nazionali rilevanti. Sulla base dell'articolo 8 capoverso 2 lettera b, i risultati delle verifiche dell'efficacia dei programmi cantonali e dei progetti sostenuti con contributi provenienti dai prelievi a

<sup>209</sup> Gli obiettivi della politica sanitaria estera della Svizzera sono stati definiti nel 2006 in un accordo concluso tra il Dipartimento federale degli affari esteri e il DFI.

favore della prevenzione sono resi accessibili costantemente agli ambienti interessati. Per questo motivo non vanno menzionati esplicitamente in questa sede.

L'obbligo per il DFI di rendere conto al nostro Consiglio stabilito nel *capoverso 3* deriva dalla necessità di garantire il coordinamento a livello di Consiglio federale. Questo perché, da un lato, dobbiamo poter adempiere i nostri obblighi verso il legislativo in materia di verifica dell'efficacia e, dall'altro, gli organi legislativi devono disporre di una base materiale per le eventuali attività di valutazione.

#### *Art. 39* Disposizioni d'esecuzione

Secondo il *capoverso 1*, il Consiglio federale è tenuto ad emanare le disposizioni d'esecuzione necessarie all'applicazione della legge dopo aver consultato i Cantoni e le cerchie interessate. Le disposizioni d'esecuzione contemplan:

- le ordinanze di carattere sostitutivo e completivo rispetto alla legge (questa competenza è espressamente iscritta nelle pertinenti disposizioni della legge);
- le disposizioni d'esecuzione che concretizzano le obbligazioni prescritte per legge e, ad esempio, precisano i termini utilizzati nella legge;
- le ordinanze che concernono l'organizzazione dell'esecuzione (sempre che la Confederazione sia competente in materia), il coordinamento e la collaborazione all'interno dell'Amministrazione federale.

L'articolo 48 capoverso 1 LOGA<sup>210</sup> ci autorizza a delegare al DFI la competenza di emanare le disposizioni d'esecuzione.

Conformemente all'articolo 48 capoverso 2 LOGA, possiamo incaricare l'Ufficio federale competente di emanare le disposizioni d'esecuzione (*cpv. 2*).

#### *Art. 40* Delega di compiti

La delega di compiti richiede l'autorizzazione speciale del legislatore poiché deroga alle regole di organizzazione delle autorità. Secondo l'*articolo 40*, che funge da base formale, il nostro Consiglio può affidare i compiti di esecuzione della legge a organizzazioni e a persone di diritto pubblico o privato. Vi sono infatti compiti che riguardano settori molto tecnici, per i quali può rivelarsi opportuno ed economicamente efficiente appoggiarsi al patrimonio di conoscenze specifiche di organizzazioni e persone esterne alla Confederazione. L'articolo 40 fornisce, nel pieno rispetto delle disposizioni della LOGA<sup>211</sup>, la base normativa necessaria all'esternalizzazione dei compiti di esecuzione della legge.

Il *capoverso 2* obbliga la Confederazione a esercitare una sorveglianza statale. Il *capoverso 3* disciplina l'indennizzo finanziario dei compiti delegati.

<sup>210</sup> RS 172.010

<sup>211</sup> RS 172.010

## **3.7 Capitolo 7: Disposizioni finali**

### **3.7.1 Sezione 1: Abrogazione e modifica del diritto vigente**

#### *Art. 41*

Le leggi qui appresso sono modificate come segue:

#### **1. Legge federale del 22 giugno 1962<sup>212</sup> concernente l'assegnazione di sussidi per la lotta contro le malattie reumatiche**

Con l'entrata in vigore della LPrev verrà abrogata la legge federale del 22 giugno 1962 concernente l'assegnazione di sussidi per la lotta contro le malattie reumatiche. Le disposizioni di questa legge, tuttora determinanti, sono coperte dal disegno di legge LPrev.

Secondo la prassi consueta, i sussidi concessi in base alla suddetta legge sono versati l'anno successivo sulla base dei conti definitivi dell'anno precedente. Poiché dal profilo materiale e costituzionale la nuova normativa non contempla modifiche rilevanti rispetto alla legge vigente, non sono necessarie disposizioni transitorie. Dopo l'entrata in vigore della LPrev, gli aiuti finanziari a misure di lotta contro le malattie reumatiche verranno concesse come finora unicamente nell'ambito dei crediti approvati e in base alla strategia del Consiglio federale secondo l'articolo 5. Attualmente non si suppone che l'entità degli aiuti subirà importanti variazioni.

#### **2. Legge federale del 21 marzo 1969<sup>213</sup> sull'imposizione del tabacco (LImT)**

##### *Art. 28*

Secondo l'attuale legge sull'imposizione del tabacco, il fondo FPT è gestito da un'organizzazione di prevenzione sotto la vigilanza dell'UFSP e in collaborazione con l'UFSPo. Sulla base di questa disposizione, nell'OFPT<sup>214</sup> la gestione del fondo è stata delegata a un servizio integrato amministrativamente nell'UFSP. In futuro, i proventi della tassa per la prevenzione del tabagismo verranno versati direttamente all'Istituto. La gestione delle entrate sarà retta dalle disposizioni della legge sulla prevenzione (art. 12 e 13 LPrev).

#### **3. Legge federale del 18 marzo 1994<sup>215</sup> sull'assicurazione malattie (LAMal)**

##### *Titolo prima dell'art. 19*

Per effetto dell'abrogazione dell'articolo 19 LAMal (cfr. di seguito), il titolo «Promozione della salute» è sostituito da «Supplemento al premio LAMal».

##### *Art. 19*

##### *Abrogato*

L'articolo 19 LAMal può essere abrogato poiché secondo il nuovo articolo 20 LAMal proposto, i contributi provenienti dal supplemento al premio non verranno più versati a un'istituzione amministrata dai Cantoni e dagli assicuratori, bensì al

<sup>212</sup> RS **818.21**

<sup>213</sup> RS **641.31**

<sup>214</sup> RS **641.316**

<sup>215</sup> RS **832.10**

futuro Istituto svizzero per la prevenzione e la promozione della salute (cfr. n. 2.2.1). Di conseguenza, viene a cadere anche l'obbligo generale per gli assicuratori di promuovere la prevenzione delle malattie, sancito dall'attuale articolo 19 LAMal. Agli assicuratori di cui all'articolo 11 LAMal è ora data la possibilità di proporre al nostro Consiglio un membro del consiglio d'istituto (cfr. art. 26 cpv. 2). In futuro, quindi, le misure di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce destinate alla popolazione svizzera o a gruppi specifici saranno compiti della Confederazione e non più compiti addizionali degli assicuratori. L'abrogazione dell'articolo 19 LAMal non incide sull'assunzione dei costi per prestazioni individuali di medicina preventiva e diagnosi precoce disciplinata dall'articolo 26 LAMal.

#### *Art. 20*

Secondo la legislazione sull'assicurazione malattia, segnatamente l'articolo 20 capoverso 1 LAMal, ogni persona assicurata obbligatoriamente versa già un contributo annuo a favore della prevenzione generale delle malattie. Questo contributo, fissato finora dal DFI su proposta della fondazione Promozione Salute Svizzera, ammonta attualmente a 2,40 franchi.

In linea di massima, verrà mantenuto il principio del prelievo di un supplemento di premio LAMal nel senso di un contributo o di un prelievo a favore della prevenzione generale delle malattie corrisposto da tutti gli assicurati. I mezzi finanziari raccolti non verranno più versati a un'organizzazione di prevenzione amministrata dagli assicuratori e dai Cantoni ma all'Istituto, che utilizzerà le risorse conformemente alle disposizioni della LPrev (cpv. 3).

Un'altra modifica rispetto al diritto vigente risiede nel fatto che sarà di nostra competenza – e non più del DFI – determinare in un'ordinanza l'importo del supplemento al premio LAMal (cpv. 5 lett. a) basandoci sulle linee direttive per l'impiego dei prelievi a favore della prevenzione definite nella nostra strategia (cfr. art. 5 cpv. 1 lett. d). Secondo il principio di legalità, il soggetto, l'oggetto e la base di calcolo del supplemento al premio LAMal devono essere definiti in una legge e non in un'ordinanza<sup>216</sup>. L'attuale disposizione non risponde a questa esigenza perché la mancanza di un tetto massimo lascia un ampio margine discrezionale politico nella definizione del supplemento.

Il tetto massimo sancito dal *capoverso 2* è espresso come percentuale del premio annuo medio di una persona assicurata adulta ai sensi dell'articolo 61 capoverso 3 LAMal e viene adeguato annualmente all'evoluzione dei premi. Il supplemento al premio è uguale per tutti gli assicurati e dev'essere stabilito dal nostro Consiglio sotto forma di importo fisso espresso in franchi. La base di calcolo del tetto massimo in franchi è data dal premio medio pubblicato annualmente nella panoramica dei premi dell'UFSP<sup>217</sup>.

Secondo il *capoverso 4* spetta all'Istituto riscuotere il supplemento al premio dagli assicuratori. In caso di ritardo nel pagamento, l'Istituto applica un interesse di mora. I dettagli dell'incasso, segnatamente la scadenza del pagamento e il tasso di interesse

<sup>216</sup> GAAC 64 (2000), n. 25, B/1

<sup>217</sup> [www.premi.admin.ch](http://www.premi.admin.ch)

Per il 2009 il premio medio mensile per un assicurato adulto (premio inclusa la copertura degli infortuni data una franchigia ordinaria di 300 franchi) ammonta a 322,86 franchi. Lo 0,125 % del premio annuo (3874,32 franchi) corrisponde a 4,84 franchi. Il tetto massimo fissato per legge nel 2009 corrisponde quindi a circa il doppio del supplemento al premio riscosso attualmente, pari a 2,40 franchi per assicurato e all'anno.

di mora, sono stabiliti dal Consiglio federale (*cpv. 5 lett. b*). Il *capoverso 5 lettera c* garantisce che l'Istituto disponga della documentazione – che gli assicuratori sono tenuti a fornirgli spontaneamente – necessaria per il controllo dei supplementi al premio LAMal riscossi. Se un assicuratore non versa all'Istituto i supplementi al premio riscossi, si esauriscono in primo luogo i mezzi disponibili nel quadro della competenza di vigilanza dell'UFSP, in particolare quelli di cui all'articolo 21 capoverso 3 LAMal. Se ciò nonostante l'assicuratore non paga, l'Istituto emana un'ingiunzione di pagamento. La decisione è definitiva ed è parificata a una sentenza esecutiva giusta l'articolo 80 della legge federale dell'11 aprile 1889<sup>218</sup> sulla esecuzione e sul fallimento (cfr. art. 54 cpv. 2 LPG<sup>219</sup>).

Nel 2007 la procedura e le modalità di incasso del supplemento al premio LAMal sono state riviste per migliorare la chiarezza e la trasparenza. I contributi degli assicuratori vengono stabiliti in base al numero medio annuo di assicurati per assicuratore che risulta dai dati pubblicati dall'UFSP per l'anno di contribuzione considerato (l'UFSP pubblica i dati verificati relativi al numero medio di assicurati per assicuratore nella seconda metà dell'anno successivo). Agli assicuratori viene contabilizzato un acconto per l'intero anno di contribuzione calcolato in base ai dati di vigilanza aggiornati, ossia su quelli dell'anno precedente. Gli assicuratori devono effettuare il versamento entro il 1° aprile. Non appena l'autorità di vigilanza ha pubblicato le cifre definitive, gli assicuratori ricevono un conteggio finale definitivo unitamente a una fattura di conguaglio o a un rimborso. Questa prassi non verrà modificata dalla nuova legge.

#### *Art. 33 cpv. 2<sup>bis</sup> Designazione delle prestazioni*

L'assicurazione malattie obbligatoria copre il rischio finanziario in caso di malattia per l'intera popolazione. È gestita dagli assicuratori riconosciuti, che stabiliscono l'indennizzo delle prestazioni in una convenzione con i fornitori di prestazioni, ossia con i fornitori di prestazioni che adempiono le esigenze fissate dalla legge e dall'ordinanza (convenzioni tariffarie, cfr. art. 43 segg. LAMal). I costi delle prestazioni che soddisfano la duplice condizione di essere fornite da prestatori riconosciuti e essere obbligatorie sono rimborsati dagli assicuratori (sistema detto «del terzo garante»). I fornitori di prestazioni sono elencati in modo esaustivo nell'articolo 35 LAMal e nelle ordinanze d'esecuzione. Gli ospedali cantonali o i servizi medici cantonali sono autorizzati a fornire le stesse prestazioni degli studi medici privati. La legge non conferisce tuttavia ai Cantoni un ruolo particolare in materia di fornitura di prestazioni. È però risaputo che, nel settore specifico della prevenzione, il coinvolgimento dei Cantoni è indispensabile per assicurare non solo che le prestazioni fornite siano conformi ai criteri di «efficacia, adeguatezza ed economicità» (art. 32 LAMal), ma anche – almeno per una determinata categoria di misure – che l'attuazione sia efficace e orientata agli obiettivi. In questa categoria rientrano in particolare le misure che, come la vaccinazione in caso di pandemia o la diagnosi precoce del tumore al seno (mammografia), sono destinate a un numero elevato di persone. In ogni caso, il coinvolgimento dei Cantoni è indispensabile per collegare il finanziamento delle prestazioni mediche alla realizzazione degli obiettivi di prevenzione mediante l'informazione e la presa a carico della popolazione. Esistono già disposizioni in questo senso: la LAMal prevede la possibilità di esonerare dalla

<sup>218</sup> RS 281.1

<sup>219</sup> RS 830.1

franchigia le misure di prevenzione attuate nel quadro di programmi organizzati a livello nazionale o cantonale (art. 64, cpv. 6, lett. d) e, poiché è il solo modo di garantire che le prestazioni rispettino i criteri di efficacia, adeguatezza e economicità, l'ordinanza del DFI del 29 settembre 1995<sup>220</sup> sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (Opre) obbliga i Cantoni a realizzare i programmi di prevenzione quando i costi delle prestazioni corrispondenti devono suppostamente essere coperti dall'assicurazione malattie. Tuttavia, per evidenziare veramente il ruolo dei Cantoni nella legge, occorre completare l'articolo 33 LAMal di conseguenza.

### 3.7.2 Sezione 2: Disposizioni transitorie

#### *Art. 42* Trasferimento di diritti e obblighi all'Istituto

Con l'entrata in vigore della legge l'Istituto – quale ente di diritto pubblico – viene dotato di personalità giuridica propria e può compiere atti giuridici validi come assumere obblighi, promuovere azioni legali o essere citato in giudizio. Il Consiglio federale determina la data d'entrata in vigore della legge. Contemporaneamente determina anche la data di creazione dell'Istituto nonché la data del trasferimento degli attivi e dei passivi all'Istituto e approva l'inventario e il bilancio di apertura.

In base alle esperienze maturate, nella fase di concretizzazione che segue la creazione di un'unità amministrativa decentrata sorge spesso un bisogno normativo non prevedibile. Proprio per questo il capoverso 1 prevede che il nostro Consiglio può adottare tutti i provvedimenti necessari al trasferimento ed emanare le pertinenti disposizioni.

All'entrata in vigore della legge, gli attivi e i passivi del FPT sono trasferiti all'Istituto nel quadro di una successione universale (cpv. 2). La legge del 3 ottobre 2003<sup>221</sup> sulla fusione non è applicabile in questa sede.

La fondazione Promozione Salute Svizzera è libera di decidere come organizzarsi e finanziarsi dopo l'entrata in vigore della legge e la conseguente abrogazione dell'articolo 19 LAMal<sup>222</sup> (cfr. anche n. 2.4.6). In caso di scioglimento della fondazione, siamo autorizzati a stipulare un accordo sul rilevamento del patrimonio (cpv. 3). È quindi possibile che i mezzi finanziari vengano trasferiti all'Istituto per uno degli scopi definiti negli articoli 12 e 13 della legge.

Il capoverso 4 garantisce che l'Istituto disponga anche durante la fase di transizione dei mezzi necessari a mantenere l'operatività.

Se l'Istituto necessita a breve termine di mezzi supplementari per la fase di sviluppo, l'AFF deve poter concludere con l'Istituto un contratto di mutuo (cpv. 5).

#### *Art. 43* Trasferimento dei rapporti di lavoro all'Istituto

All'Istituto verranno affidati compiti che attualmente vengono adempiuti in seno all'Amministrazione federale centrale dal fondo per la prevenzione del tabagismo e

<sup>220</sup> RS **832.112.31**

<sup>221</sup> RS **221.301**

<sup>222</sup> RS **832.10**

da alcune unità dell'UFSP. I rapporti di lavoro corrispondenti verranno per legge trasferiti all'Istituto (cpv. 1). Poiché i rapporti di lavoro del personale dell'Istituto sono retti dall'articolo 30 LPers<sup>223</sup>, l'UFSP non deve licenziare i collaboratori e non deve nemmeno riassumerli. A norma dell'articolo 333 capoverso 2 CO, i collaboratori possono opporsi al trasferimento del loro rapporto di lavoro. In tal caso, il contratto prende fine alla scadenza del termine di disdetta legale retto dalla LPers.

Poiché l'Istituto si dota di una nuova struttura organizzativa, è possibile che singoli settori d'attività e funzioni siano modificati. I diretti interessati non possono far derivare pretese nei confronti del datore di lavoro precedente (cpv. 2). In base all'articolo 52a dell'ordinanza del 3 luglio 2001<sup>224</sup> sul personale federale (OPers), hanno però diritto allo stesso stipendio per due anni.

### **3.7.3 Sezione 3: Referendum ed entrata in vigore**

#### *Art. 44*

In virtù dell'articolo 141 capoverso 1 lettera a Cost., la legge sottostà a referendum facoltativo. Il Consiglio federale ne determina l'entrata in vigore.

## **4 Ripercussioni**

### **4.1 Ripercussioni per la Confederazione**

Il disegno LPrev consente un sensibile miglioramento delle basi legali in materia di coordinamento e di gestione strategica delle misure di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce su scala nazionale e crea nuove basi legali per la prevenzione di malattie non trasmissibili e mentali. In entrambi i settori, la Confederazione è chiamata ad assumere un ruolo guida.

La LPrev dà alla Confederazione un nuovo compito, che consiste nel fissare d'intesa con i Cantoni gli obiettivi nazionali per la prevenzione, la promozione della salute e la diagnosi precoce (art. 4) e nel verificarne l'attuazione. In vista del raggiungimento di tali obiettivi, la Confederazione è altresì incaricata di coordinare le misure e le attività di tutti i servizi federali coinvolti attraverso una strategia definita ogni quattro anni dal Consiglio federale (art. 5). Il DFI/UFSP assume un ruolo centrale nella gestione dei processi per questi due strumenti e nella loro valutazione (cfr. anche art. 38). Le necessarie risorse umane e finanziarie sono finanziate attraverso il bilancio ordinario dell'UFSP.

Inoltre, l'Istituto è competente per l'elaborazione, l'attuazione e la valutazione dei programmi nazionali (art. 6 e 20 cpv. 3), il sostegno tecnico e metodologico a favore dei Cantoni e di terzi (art. 8) e la concessione di contributi provenienti dai prelievi a favore della prevenzione a progetti e a programmi cantonali (art. 13).

Attualmente, il budget dell'Istituto e il fabbisogno finanziario per i nuovi compiti che l'attuazione della legge sulla prevenzione comporta a livello federale possono essere quantificati come indicato qui di seguito (cfr. tabella 7). Occorre rilevare che i

<sup>223</sup> RS 172.220.1

<sup>224</sup> RS 172.220.111.3



singoli compiti e le risorse necessarie verranno valutati in via definitiva quando emaneremo le prime linee strategiche per l'Istituto (cfr. commenti all'art. 5). Su riserva delle decisioni del Parlamento in materia di bilancio, queste linee direttrici garantiranno tra l'altro la coerenza tra compiti e finanze (cfr. n. 2.5). Il nostro Consiglio fissa in particolare la quota dei prelievi a favore della prevenzione (tassa per la prevenzione del tabagismo e supplemento di premio LAMal) da destinare all'Istituto per la pianificazione e l'attuazione di programmi nazionali secondo l'articolo 6 (cfr. art. 5 cpv. 1 lett. d). Ai sensi degli articoli 12 e 13, l'Istituto deve utilizzare le entrate restanti per sostenere programmi e singoli progetti di Cantoni e terzi. Budget e fabbisogno finanziario dell'Istituto:

- 16,2 milioni di franchi per il finanziamento del credito d'esercizio dell'Istituto (cfr. commenti all'art. 32), di cui: 9 milioni spese di personale (circa 60 impieghi a tempo pieno)<sup>225</sup>; 1,2 milioni costi del posto di lavoro (ca. 80 collaboratori); 6 milioni mezzi materiali per le misure di sostegno di cui all'articolo 8 e per attività di ricerca settoriale<sup>226</sup>;
- 11 milioni di franchi attinti dal bilancio della Confederazione a titolo di contributo per la pianificazione, l'attuazione e la valutazione di programmi nazionali conformemente all'articolo 6 (cfr. sotto e commenti all'art. 12 in merito ai contributi provenienti dai prelievi a favore della prevenzione);
- 4 milioni di franchi per sviluppare la statistica sanitaria (art. 17), promuovere l'uniformazione, la qualità e la valutazione centrale dei dati dei registri diagnostici (art. 18) e per sviluppare il reporting sulla salute (art. 19).

Gli 8 milioni di franchi che resterebbero secondo questo esempio di attuazione senza ripercussioni sul bilancio possono essere utilizzati per accordare aiuti finanziari alle organizzazioni attive su scala nazionale nel settore della prevenzione e della salute secondo l'articolo 14.

Le uscite complessive della Confederazione per l'attuazione della legge sulla prevenzione si attestano quindi a 39,2 milioni di franchi l'anno. Come si evince dalla tabella 7, il finanziamento di queste prestazioni può essere garantito mediante il trasferimento dei fondi (incluse le spese per il personale) attualmente utilizzati dall'UFSP per le misure di prevenzione e di promozione della salute (attuazione senza ripercussioni sul bilancio).

<sup>225</sup> Il calcolo si fonda sul numero e sulla ripartizione per classi di stipendio del personale che attualmente si occupa di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce presso l'UFSP (escluse la lotta alle epidemie e la preparazione alla pandemia).

<sup>226</sup> Questi dati corrispondono al budget annuo di organizzazioni analoghe come l'Istituto svizzero di prevenzione dell'alcolismo e altre tossicomanie (ISPA) o la fondazione Radix.

### Finanziamento dell'attuazione della legge sulla prevenzione e spese attuali dell'UFSP per le misure di prevenzione

Compiti attuali dell'UFSP	Uscite 2008 in milioni di franchi	Compiti futuri secondo la L.Prev	Budget in milioni di franchi		
			Instituto	UFSP	Totale
Spese per il personale (ca 60 impieghi a tempo pieno, senza costi del posto di lavoro)	9,0	Costi d'esercizio di cui: – Costi del personale – Costi dei posti di lavoro – Mezzi materiali <sup>2</sup>	16,2		
Ricerca settoriale <sup>1</sup>	1,8				
Programmi di prevenzione e valutazione (credito per la prevenzione)	24,7	Programmi nazionali e valutazione <sup>3</sup>	11,0		
Contributo ai registri cantonali dei tumori e NICER	1,2	Sviluppo della statistica sanitaria e del registro diagnostico		4,0	
Contributi a organizzazioni che si occupano di preven- zione e salute	1,3	Aiuti finanziari secondo l'articolo 14		8,0	
<b>Totale</b>	<b>38,0</b>	<b>Totale</b>	<b>27,2</b>	<b>12,0</b>	<b>39,2</b>

<sup>1</sup> Secondo la banca dati ARAMIS.

<sup>2</sup> Uscite per le misure di sostegno secondo l'articolo 8 e la ricerca settoriale (cfr. commenti all'art. 32).

<sup>3</sup> Contributo federale; nell'ambito della strategia del Consiglio federale si può inoltre utilizzare una parte dei prelievi a favore della prevenzione (tassa per la prevenzione del tabagismo e supplemento di premio LAMal) per finanziare i programmi nazionali di cui all'articolo 6.

Bisogna inoltre supporre che a lungo termine saranno necessari ulteriori mezzi per finanziare i programmi nazionali di cui all'articolo 6, relativi in particolare a malattie non trasmissibili e mentali importanti come il cancro o la depressione, come pure per garantire i contributi ai programmi e ai progetti di Cantoni e terzi ai sensi dell'articolo 12 capoverso 3. Le entrate annuali dei prelievi a favore della prevenzione si attestano finora a circa 16 milioni di franchi per la tassa sulla prevenzione del tabagismo e a 18 milioni per il supplemento al premio LAMal. Se, a lungo termine, il fabbisogno di mezzi dovesse aumentare, si dovrà aumentare anche il supplemento di premio LAMal che attualmente è di 2,40 franchi l'anno per persona (cfr. n. 4.3).

Qualora, alla luce degli indirizzi della riforma relativa alla verifica dei compiti nel settore «Salute dell'uomo e dell'animale»<sup>227</sup> da noi approvati il 9 aprile 2008, dovessimo prevedere tagli nel settore della prevenzione, occorrerà valutare se tagliare

<sup>227</sup> Cfr. Rapporto complementare del Consiglio federale al piano finanziario di legislatura 2009–2011 del 9 aprile 2008 – consultabile nel sito [http://www.efv.admin.ch/i/dokumentation/downloads/themen/bundesfinanzen/finanzplan/Ergaenzungsbericht\\_Legislaturfinanzplan\\_2009\\_2011\\_i.pdf](http://www.efv.admin.ch/i/dokumentation/downloads/themen/bundesfinanzen/finanzplan/Ergaenzungsbericht_Legislaturfinanzplan_2009_2011_i.pdf).

il contributo federale ai programmi nazionali ai sensi dell'articolo 6 (cfr. commenti all'art. 32) o se aumentare i contributi attinti dai prelievi a favore della prevenzione (in particolare il supplemento di premio LAMal; cfr. commenti all'art. 32). In alternativa potrebbe entrare in linea di conto anche una rinuncia al previsto potenziamento degli aiuti finanziari alle organizzazioni mantello nazionali. Inoltre, l'ottimizzazione delle strutture organizzative nel settore della prevenzione dovrebbe consentire qualche risparmio. Anche in questo caso, la decisione definitiva potrà essere presa solo nell'ambito dell'adozione della prima strategia del Consiglio federale.

Come esposto nel numero 2.4.4, al momento attuale (settembre 2009) è impossibile sapere se il consiglio di fondazione di Promozione Salute Svizzera approverà il rilevamento del patrimonio da parte dell'Istituto, come previsto dall'articolo 42 capoverso 3. Pertanto, non è nemmeno possibile quantificare le risorse necessarie al processo di fondazione dell'Istituto. Anche le conseguenze organizzative per l'UFSP ed eventualmente per altri servizi e uffici federali potranno essere presentate nel dettaglio solo dopo l'approvazione del disegno da parte delle Camere federali, dato che dipendono dal quadro giuridico definitivo.

## **4.2 Ripercussioni per i Cantoni e i Comuni**

Il disegno LPrev offre ai Cantoni, ai Comuni e alle Città nuove possibilità di partecipazione alla politica di prevenzione e di promozione della salute.

Nel pieno rispetto della struttura federalistica dello Stato, il disegno LPrev lascia o delega ai Cantoni lo svolgimento di diversi compiti e obblighi tra cui:

- attuare misure di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce tenuto conto in particolare delle misure orientate agli obiettivi nazionali (art. 11 cpv. 2);
- rilevare i dati statistici in determinati ambiti tematici della prevenzione, della promozione della salute e della diagnosi precoce (art. 17 cpv. 1);
- mettere a disposizione i dati statistici per l'elaborazione regolare dei rapporti sulla salute (art. 19 cpv. 2).

A seconda dell'impegno messo in atto nel settore della prevenzione, della promozione della salute e della diagnosi precoce, per i Cantoni, le Città e i Comuni l'allestimento o il potenziamento delle istituzioni e delle offerte citate nell'articolo 11 possono comportare un aumento del fabbisogno di risorse umane e finanziarie. Complice il sistema di registrazione obsoleto, i dati statistici disponibili riguardanti la spesa dei Cantoni per la prevenzione e per la promozione della salute (cfr. n. 1.1.2) non consentono di quantificare l'onere supplementare che l'attuazione della LPrev implicherà per ogni singolo Cantone.

D'altronde, la legge in oggetto offre ai Cantoni la possibilità di associarsi per organizzare e offrire congiuntamente le misure di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce (cfr. art. 11 cpv. 1). Inoltre, i processi di gestione strategica e di coordinamento condotti dalla Confederazione (obiettivi nazionali di cui all'art. 4 e strategia del Consiglio federale di cui all'art. 5), l'estensione delle misure di sostegno della Confederazione (cfr. art. 8) come pure il miglioramento della base di dati per la gestione delle misure (cfr. art. 17–19) alleggeriranno il carico che grava sui

Cantoni. I Cantoni, poiché clienti importanti dell'Istituto, hanno il diritto di proporre tre dei nove membri che compongono il consiglio d'istituto (art. 26 cpv. 2).

Nell'ambito della strategia definita dal Governo ai sensi dell'articolo 5, il disegno LPrev ci conferisce inoltre, conformemente alla decisione governativa del 25 febbraio 2009 (cfr. n. 2.2.2), la possibilità di contribuire ai programmi cantonali di prevenzione e promozione della salute versando direttamente ai Cantoni una percentuale dei proventi del supplemento di premio LAMal come pure una percentuale della tassa per la prevenzione del tabagismo senza alcun vincolo a progetti specifici, ma a condizione che tali programmi concorrano al raggiungimento degli obiettivi nazionali (cfr. n. 2.4.5 e commenti all'art. 12 cpv. 3 lett. b e art. 13 cpv. 2).

### **4.3 Ripercussioni per l'economia<sup>228</sup>**

#### **Ripercussioni per singoli gruppi sociali**

La legge sulla prevenzione si ripercuote in primo luogo sugli attori pubblici a livello federale e cantonale (cfr. n. 4.1 e 4.2). Fatta eccezione per gli assicuratori, il progetto tocca solo indirettamente le altre organizzazioni e gli altri attori che operano nella sanità (medici, farmacisti, ospedali ecc.). In particolare, gli assicuratori sono esentati dai loro compiti nel settore della prevenzione generale delle malattie (cfr. commenti all'art. 41). A tenore dell'articolo 26 capoverso 2, essi hanno tuttavia il diritto di proporre uno dei nove membri del consiglio d'istituto.

L'obiettivo del disegno LPrev di migliorare il coordinamento e la gestione strategica delle attività di prevenzione e di promozione della salute intraprese dalla Confederazione e dai Cantoni va anche a beneficio delle organizzazioni private che operano nel campo della prevenzione e della promozione della salute come pure delle professioni e delle istituzioni sanitarie attive principalmente nel campo terapeutico. Queste possono infatti pianificare in modo più mirato il proprio impegno in questi settori e ricevono nuovi stimoli per proporre a loro volta misure di prevenzione e di promozione della salute.

A medio e lungo termine, gli assicurati potrebbero trarre benefici anche finanziari da un rafforzamento della prevenzione e della promozione della salute (cfr. di seguito). Nel contempo, però, dovranno prevedibilmente far fronte a un onere finanziario supplementare. Un eventuale aumento del fabbisogno di mezzi a lungo termine potrebbe comportare un aumento del supplemento di premio LAMal, attualmente di 2,40 franchi l'anno per persona.

Se si considera il premio medio annuo dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie per il 2009 pubblicato dall'UFSP (3874.32 franchi inclusa la copertura degli infortuni con una franchigia ordinaria di 300 franchi<sup>229</sup>), il prelievo equivoale oggi all'incirca allo 0,06 per cento del premio medio annuo. Con la modifica dell'articolo 20 capoverso 2 LAMal, il limite massimo del supplemento è fissato allo 0,125 per cento del premio annuo medio per un assicurato adulto ai sensi

<sup>228</sup> L'analisi dell'impatto della regolamentazione è entrata nel merito di alcuni punti come segue: «Necessità e possibilità di un intervento statale» nel numero 2.8; «Ripercussioni su singoli gruppi sociali» e «Ripercussioni sull'economia» nel numero 4.3; «Regolamentazioni alternative» nei numeri 2.1 e 2.4.4 nonché «Adeguatezza in fase di esecuzione» nel numero 2.8.

<sup>229</sup> Cfr. <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00261/index.html?lang=it>

dell'articolo 61 capoverso 3 LAMal. Sarebbe quindi ammesso al massimo un raddoppio del premio, ossia 4,80 franchi l'anno per assicurato. In termini percentuali, tale supplemento risulta comunque nettamente inferiore ai supplementi prelevati nell'ambito della prevenzione degli infortuni non professionali (0,75 % del premio netto medio dell'assicurazione contro gli infortuni non professionali, conformemente all'art. 2 dell'ordinanza del 6 luglio 1983<sup>230</sup> che fissa i premi supplementari per la sorveglianza degli infortuni) o nell'ambito della prevenzione degli infortuni stradali (anche in questo caso 0,75 % del premio netto dell'assicurazione responsabilità civile per veicoli a motore, conformemente all'art. 1 dell'ordinanza del 13 dicembre 1976<sup>231</sup> sul contributo alla prevenzione degli infortuni nella circolazione stradale)<sup>232</sup>.

Il disegno LPrev non contempla alcuna misura destinata direttamente alle imprese. Un rafforzamento dell'impegno dello Stato nel campo della prevenzione, della promozione della salute e della diagnosi precoce potrebbe per contro rivelarsi proficuo soprattutto per il settore della comunicazione, grazie agli eventuali incarichi supplementari per le attività di informazione e in particolare per le campagne mediatiche.

### **Ripercussioni per l'economia in generale**

Lo stato di salute, unitamente alla formazione, promuove l'accumulo e la messa a frutto di esperienze, capacità e conoscenze (capitale umano o ricchezza umana) della popolazione. Oltre al progresso tecnologico e al capitale (privato e pubblico), tra i fattori determinanti per la crescita figura oggi anche il capitale umano. La salute individuale e lo stato di salute della popolazione hanno quindi un influsso da non sottovalutare sulla situazione economica di un Paese. Da un lato, un miglioramento della salute della popolazione frena l'aumento della spesa sanitaria, dall'altro, accresce il potenziale di produzione della popolazione allungando la speranza di salute e ottimizzando le possibilità di partecipazione sul posto di lavoro. Considerate le sfide demografiche che ci attendono (invecchiamento della popolazione), questo scenario è senz'altro auspicabile. A lungo termine, quindi, si prospettano effetti fiscali e non fiscali positivi per l'economia.

Un aumento dei rischi sanitari comporta, oltre a maggiori costi per la cura delle malattie (costi diretti), anche costi consequenziali dovuti ad esempio all'assenza dal lavoro per malattia (costi economici indiretti; cfr. tabella 8).

Attualmente disponiamo di una serie di studi di economia sanitaria in cui vengono calcolati – come riportato nella tabella 8 – i costi diretti e indiretti delle malattie che la prevenzione consentirebbe in parte di evitare e/o viene valutata l'economicità delle misure di prevenzione e diagnosi precoce. A tale scopo, gli autori hanno messo a confronto sia diverse misure tra di loro, sia i relativi costi con gli effetti che producono sulla salute. Parallelamente, hanno evidenziato i costi in caso di inazione (ossia di rinuncia all'adozione di misure di prevenzione). Per quanto riguarda la Svizzera, manca a tutt'oggi un approccio ampiamente condiviso che consenta di valutare le diverse misure con un metodo unitario.

<sup>230</sup> RS **832.208**

<sup>231</sup> RS **741.811**

<sup>232</sup> Conformemente all'art. 1 dell'ordinanza del 6 luglio 1983 che fissa i premi supplementari per la sorveglianza degli infortuni (RS **832.208**), il premio supplementare per la prevenzione degli infortuni professionali e delle malattie professionali è pari al 6,5 per cento del premio netto dell'assicurazione contro gli infortuni professionali.

**Costi consequenziali di malattie e infortuni (dati del 2003 in miliardi di franchi)<sup>233</sup>**

Fattore di rischio	Costi sociali globali	Costi diretti nella sanità (% dei costi della salute)	Costi economici indiretti	Costi immateriali
Infortuni e malattie professionali	18,35	4,12 (8,2 %)	14,23	Non quantificati
Stress da lavoro	16,80	2,30 (4,6 %)	3,10	11,40
Infortuni stradali	13,30	3,80 (1,0 %)	0,46	9,00
Tabagismo	11,10	1,60 (3,2 %)	4,10	5,40
Disturbi mentali	8,30	2,90 (5,8 %)	5,50	Non quantificati
Alcolismo	7,10	0,85 (1,7 %)	1,60	4,70
Tossicodipendenza	4,10	1,35 (2,7 %)	2,30	0,42
Sovrappeso	2,85	1,20–1,70 (2,4–3,4 %)	1,14–1,65	Non quantificati

Considerato il lungo periodo di latenza tra l'adozione di una misura e i suoi effetti e viste anche le complesse interazioni tra la prevenzione strutturale e quella comportamentale, risulta difficile esprimersi sul potenziale di riduzione dei costi a breve termine offerto dalle misure di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce. Ciò nonostante, gli scenari sullo sviluppo della sanità elaborati dall'AFF (in collaborazione con l'UFSP) in allegato al piano finanziario di legislatura 2009–2011<sup>234</sup> consentono di valutare l'influsso dello stato di salute della popolazione sull'evoluzione dei costi nel sistema sanitario nel corso dei prossimi 50 anni. Tre gli scenari considerati:

- *scenario di riferimento*: la popolazione trascorre in buona salute la metà degli anni guadagnati grazie all'allungamento della speranza di vita (aumento parziale del carico di morbilità);
- *scenario «Pure-Ageing»*: la popolazione trascorre in uno stato di salute precario gli anni guadagnati grazie all'allungamento della speranza di vita (aumento del carico di morbilità);
- *scenario «Healthy-Ageing»*: la popolazione trascorre in buona salute tutti gli anni guadagnati grazie all'allungamento della speranza di vita (diminuzione del carico di morbilità).

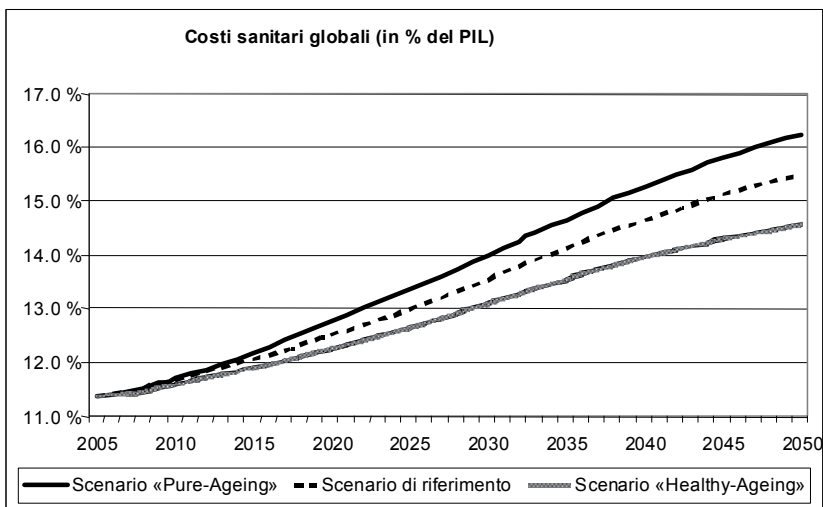
<sup>233</sup> Fonte: UFSP, Etude comparative des coûts sociaux de principaux déterminants de morbidité et mortalité évitables en Suisse, Berna 2004.

<sup>234</sup> Amministrazione federale delle finanze: piano finanziario di legislatura 2009–2011, Berna, febbraio 2008, pag. 115 segg.

Come mostra il grafico 2, nello scenario di riferimento i costi globali per l'assistenza sanitaria – a causa in primo luogo dall'evoluzione demografica – lieviteranno dagli attuali 52,76 miliardi (anno di riferimento 2005; 11,4 % del PIL) a 220,89 miliardi di franchi (15,5 % del PIL) nel 2050<sup>235</sup>. Nello scenario «Pure-Ageing» tali costi saliranno addirittura a 232,07 miliardi di franchi (16,3 % del PIL). Se invece attraverso la prevenzione, la promozione della salute e la diagnosi precoce si riuscirà a migliorare lo stato di salute della popolazione più anziana (scenario «Healthy-Ageing»), nel 2050 i costi globali per l'assistenza sanitaria diminuiranno presumibilmente di 13,30 miliardi di franchi pari al 14,6 per cento del PIL.

Grafico 2

### Evoluzione dei costi della salute in percento del PIL tra il 2005 e il 2050<sup>236</sup>



Poiché conformemente all'attuale sistema di finanziamento una parte importante di questi costi è coperta dai bilanci pubblici (contributi cantonali per le cure ospedaliere, contributi federali e cantonali per la riduzione individuale dei premi di cassa malati), quest'evoluzione avrà ripercussioni determinanti anche sugli oneri finanziari supplementari previsti per gli enti pubblici (cfr. grafico 3). Rispetto allo scenario di riferimento, in quello denominato «Healthy-Ageing» la quota del PIL può essere ridotta di 0,5 punti percentuali (6,6 % invece di 7,1 %, – in termini assoluti il risparmio potenziale è di 6,90 miliardi di franchi). Per questo motivo, lo studio dell'AFF giunge anche alla conclusione che gli investimenti nella prevenzione e nella promozione della salute potrebbero costituire una misura efficace per frenare l'evoluzione dei costi descritta nello scenario di riferimento. La prevenzione e la promozione della salute, perseguite attraverso un rafforzamento delle competenze di

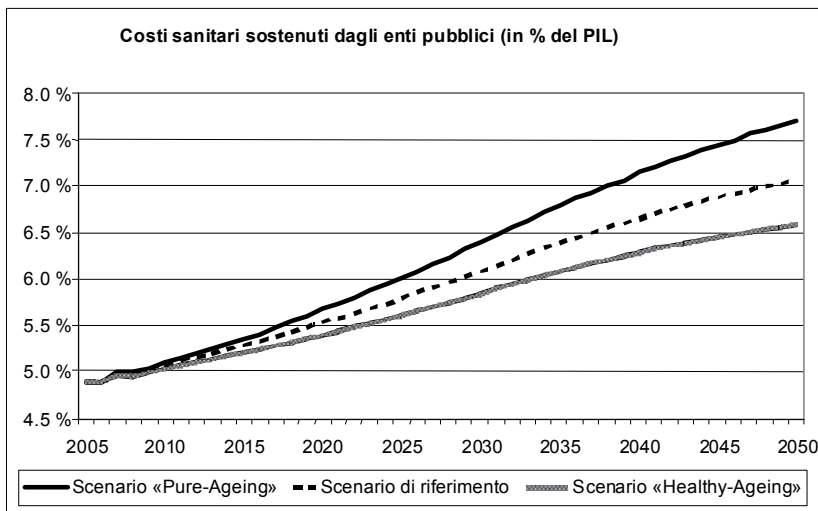
<sup>235</sup> In questo contesto, occorre precisare che nello scenario di riferimento la metà circa della crescita reale delle spese sanitarie globali va ascritta agli effetti della domanda e dell'offerta nel settore sanitario dovuti all'evoluzione generale del reddito.

<sup>236</sup> Fonte: Amministrazione federale delle finanze

salute della popolazione, favoriscono una maggiore differenziazione della domanda e dell'utilizzo di prestazioni dell'assistenza sanitaria e possono contribuire ad arginare ulteriormente l'aumento dei costi nella sanità, effetto questo non contemplato nei tre scenari esposti.

Grafico 3

**Evoluzione dei costi della salute sostenuti dagli enti pubblici in percento del PIL tra il 2005 e il 2050<sup>237</sup>**



Anche uno studio sull'evoluzione dei costi delle cure di lunga durata pubblicato nell'aprile del 2008 dall'Osservatorio svizzero della salute<sup>238</sup> giunge a una conclusione analoga: se anche in futuro, nonostante l'allungamento della speranza di vita, le persone di più di 65 anni non avranno bisogno di cure più tardi ma solo più a lungo rispetto ad oggi, i costi per le cure di lunga durata passeranno dagli attuali 7,3 miliardi (anno di riferimento 2005) a 17,8 miliardi di franchi nel 2030<sup>239</sup>. Al contrario, se tali persone cominceranno ad aver bisogno di cure più tardi rispetto ad oggi (riduzione dell'utilizzo di cure), i costi si attesteranno a 16,2 miliardi di franchi, con un risparmio annuo di 1,6 miliardi. Stando agli autori dello studio, questi dati indicano chiaramente quanto siano importanti le misure di prevenzione e di promozione della salute che contribuiscono a migliorare lo stato di salute della popolazione più anziana e a preservarne l'autonomia al fine di contenere l'aumento dei costi delle cure di lunga durata.

<sup>237</sup> Fonte: Amministrazione federale delle finanze

<sup>238</sup> Osservatorio svizzero della salute: Les coûts des soins de longue durée d'ici à 2030 en Suisse. Documento di lavoro 34, Neuchâtel, aprile 2008 – consultabile nel sito [www.obsan.admin.ch](http://www.obsan.admin.ch).

<sup>239</sup> Una parte importante dell'incremento dei costi, direttamente correlato con l'aumento del numero di ultraottantenni dovuto all'evoluzione demografica, è inevitabile.



Le ripercussioni finanziarie per l'AI dovute al miglioramento dello stato di salute della popolazione, in particolare per quanto concerne le malattie mentali, non possono essere quantificate con precisione a causa della complessità dei diversi fattori d'influsso (età di pensionamento, possibilità di riuscita della reintegrazione ecc.).

Come esposto nel numero 1.2.3, nel 2007 i costi per la prevenzione e la promozione della salute registrati statisticamente ammontavano a 1,28 miliardi di franchi, pari al 2,3 per cento dei costi complessivi per il sistema sanitario svizzero. La Svizzera, quindi, si situa al di sotto della media dell'OCSE, che è del 2,7 per cento. Questo importo non comprende i costi per la prevenzione medica e diagnosi precoce a carico dall'assicurazione malattie obbligatoria conformemente all'articolo 26 LAMal<sup>240</sup>, in quanto mancano i dati statistici corrispondenti degli assicuratori. L'importo non include nemmeno le spese per i farmaci prescritti a titolo di prevenzione secondaria, come i farmaci antipertensivi o i regolatori del metabolismo. A livello federale, per finanziare le misure di prevenzione e di promozione della salute si attinge attualmente, oltre che ai fondi federali (circa 27,6 milioni l'anno senza spese di personale), ai prelievi a favore della prevenzione, ossia alla tassa per la prevenzione del tabagismo (entrate per 16 milioni di franchi l'anno) e al supplemento di premio LAMal (entrate per 18 milioni di franchi l'anno, cfr. tabella 4, n. 1.2.3)<sup>241</sup>.

Come mostra la tabella 8, a queste uscite si contrappongono costi annui globali per malattie potenzialmente evitabili quantificati in oltre 30 miliardi di franchi.

Gli sforzi di prevenzione basati su misure strutturali – come il divieto di vendere bibite zuccherate nelle scuole pubbliche – possono arrecare perdite finanziarie alle aziende coinvolte. Le misure di prevenzione strutturali non possono tuttavia fondarsi direttamente sulla legge sulla prevenzione, ma necessitano di una modifica o di un complemento delle leggi specifiche in vigore sul piano federale e/o cantonale (cfr. commenti all'art. 2 cpv. 2 lett. b). Se dovessimo giudicare che l'introduzione di misure strutturali è adeguata e proporzionata al conseguimento degli obiettivi nazionali, la dovremo proporre nell'ambito dell'approvazione della strategia quadriennale (cfr. commenti all'art. 5 cpv. 1). Pertanto non è attualmente possibile quantificare le conseguenze finanziarie di tali misure per le imprese. Ciò nonostante, il disegno LPrev prevede una valutazione prospettica del possibile impatto sull'economia, la società e l'ambiente (cfr. art. 5 cpv. 2 lett. a). Nell'ottica di tale valutazione, è di fondamentale importanza affrontare ed esaminare i conflitti di interessi tra la tutela della salute della popolazione e le possibili limitazioni alla libertà individuale o aziendale, ferma restando la necessità di distinguere tra le limitazioni alla libertà individuale e le perdite commerciali inflitte a singoli settori dell'economia. Anche se le misure strutturali di prevenzione limitano la vendita di singoli prodotti, si può partire dal presupposto che queste limitazioni si ripercuoteranno solo parzialmente sulla domanda globale di beni e prestazioni poiché i consumatori ne chiederanno altri.

<sup>240</sup> RS 832.10

<sup>241</sup> Nel settore della prevenzione degli infortuni (infortuni professionali e non professionali e infortuni stradali), i supplementi di premio dell'assicurazione contro gli infortuni professionali (circa 100 mio. di fr. l'anno) quelli dell'assicurazione contro gli infortuni non professionali (circa 24 mio. di fr. l'anno) e quelli dell'assicurazione responsabilità civile per i veicoli a motore (circa 18 mio. di fr.) consentono di disporre ogni anno di 140 mio. di fr. da destinare a misure di prevenzione (cfr. tabella 5, n. 1.2.3).

#### **4.4 Ripercussioni per la società e valutazione della sostenibilità**

A tenore dell'articolo 141 capoverso 2 lettera g LParl<sup>242</sup>, i messaggi a sostegno di disegni di atti legislativi devono illustrare le ripercussioni sull'economia, sulla società, sull'ambiente e sulle future generazioni. A tal fine, a complemento dell'AIR (cfr. n. 4.3) è stata condotta una valutazione a grandi linee della sostenibilità (VSost) della legge sulla prevenzione<sup>243</sup>, così come previsto dalla guida dell'Ufficio federale dello sviluppo territoriale<sup>244</sup>. La valutazione della sostenibilità serve a stimare le ripercussioni di un progetto su tutte e tre le dimensioni dello sviluppo sostenibile (società, ambiente, economia) e a individuare eventuali conflitti di obiettivi.

Per quanto concerne le ripercussioni sull'economia, si osserva che i risultati della VSost corrispondono a quelli dell'AIR, già esposti nel numero 4.3. In complesso possono essere definiti chiaramente positivi, dato che la prevenzione, la promozione della salute e la diagnosi precoce permettono di mantenere e migliorare lo stato di salute della popolazione (abile al lavoro), incrementando la produttività ed esercitando un effetto deterrente sull'evoluzione dei costi sanitari (cfr. grafici 2 e 3).

Il disegno proposto non ha influssi rilevanti sull'ambiente.

Effetti positivi si osservano globalmente anche per la società. Il disegno permette non solo di mantenere e migliorare lo stato di salute della popolazione, ma anche di consolidare le pari opportunità e la solidarietà tra i ceti sociali, sempre che si riesca a garantire un accesso migliore alle informazioni rilevanti per la salute e alle misure di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce specifiche per i singoli gruppi.

### **5 Rapporto con il programma di legislatura**

Il progetto è menzionato nel messaggio del 23 gennaio 2008<sup>245</sup> sul programma di legislatura 2007–2011 e nel decreto del 18 settembre 2008<sup>246</sup>.

### **6 Aspetti giuridici**

#### **6.1 Costituzionalità**

Il disegno LPrev poggia sull'articolo 118 capoverso 2 lettera b della Costituzione federale. La base costituzionale per la riscossione del supplemento di premio LAMal è data dall'articolo 117 capoverso 1 Cost.

<sup>242</sup> RS 171.10

<sup>243</sup> Ecoplan: Nachhaltigkeitsbeurteilung NHB zum Präventionsgesetz, Berna, settembre 2009 – consultabile nel sito [www.bag.admin.ch/pgf2010](http://www.bag.admin.ch/pgf2010).

<sup>244</sup> Ufficio federale dello sviluppo territoriale: VSost. Guida pratica 2008 per i servizi federali ed altri interessati, Berna, novembre 2008 – consultabile nel sito [www.are.admin.ch/themen/nachhaltig/00270/03005/index.html?lang=it](http://www.are.admin.ch/themen/nachhaltig/00270/03005/index.html?lang=it).

<sup>245</sup> FF 2008 641 667

<sup>246</sup> FF 2008 7473

Ai sensi dell'articolo 118 capoverso 2 Cost., la Confederazione emana prescrizioni in settori specifici rilevanti per la salute. La lettera b dello stesso articolo conferisce alla Confederazione la competenza di emanare prescrizioni sulla lotta contro malattie trasmissibili, fortemente diffuse o maligne dell'uomo e degli animali. Gli strumenti statali per combattere le malattie non sono però definiti a livello costituzionale. Il concetto di lotta è stato progressivamente esteso, tanto che oggi non si limita più alle misure di «difesa». È quindi incontestato che la Confederazione possa emanare tutti gli ordinamenti adatti e necessari per combattere le malattie, senza doversi limitare alla regolamentazione di strumenti di polizia sanitaria quali divieti, obblighi o autorizzazioni. La Confederazione può anche emanare disposizioni sulla prevenzione e il trattamento di determinate malattie, inclusa la ricerca in questi ambiti. Può invece operare o legiferare nel settore della promozione della salute solo se vi è un nesso intrinseco sufficientemente stretto con la prevenzione delle malattie summenzionate. Il concetto di «salute» può essere interpretato in modo molto più ampio della mera assenza di malattia. Di riflesso, la salute – intesa come un «bene» – può essere promossa in misura molto più estesa. Una promozione della salute così estesa, tuttavia, non rientra nelle competenze della Confederazione bensì in quelle dei Cantoni. Pertanto, la Confederazione non è autorizzata a impegnarsi nella promozione della salute globale non specifica. Laddove i privati non forniscono offerte di lotta alle malattie di cui all'articolo 118 capoverso 2 lettera b Cost., la Confederazione può introdurre incentivi finanziari. Può infine emanare norme concernenti l'informazione al pubblico sulle problematiche di determinate patologie o sullo svolgimento di campagne volte a influenzare i comportamenti. In questa sede è determinante che le misure abbiano un nesso con le malattie contro cui occorre lottare conformemente alla lettera b o almeno che riducano i fattori di rischio correlati a queste malattie (adiposità, ipertensione, consumo eccessivo di alcol, fumo ecc.). Le misure possono quindi servire a prevenire una malattia o permettere di lottare contro di essa. Alla stessa stregua, possono entrare in linea di conto misure di promozione della salute, in quanto servano a prevenire determinate malattie.

Per «malattie trasmissibili» si intendono le malattie che, ai sensi della LEp<sup>247</sup>, possono essere trasmesse all'uomo da agenti patogeni o dai loro metabolici (cfr. art. 3 lett. e disegno LPrev). Tra di esse figurano la tubercolosi e l'Aids. Per «fortemente diffuse» si intendono invece le malattie frequenti e diffuse su scala sovragregionale (cfr. art. 3 lett. f disegno LPrev). Tra di esse vi sono le malattie non trasmissibili come il diabete, le malattie cardiocircolatorie, i disturbi correlati alle dipendenze o le malattie mentali. Infine, sono considerate «maligne» le malattie che minacciano la vita o che causano notevoli danni alla salute (cfr. art. 3 lett. g disegno LPrev), ad esempio i tumori. Le misure di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce per le malattie menzionate nel disegno LPrev poggiano sull'articolo 118 capoverso 2 lettera b Cost.

In virtù dell'articolo 117 capoverso 1 Cost., la Confederazione emana prescrizioni sull'assicurazione contro le malattie e gli infortuni. La prevenzione può essere intesa quale elemento dell'assicurazione malattia in quanto contribuisce globalmente alla riduzione preventiva del danno. Poiché l'attività assicurativa è finanziata attraverso i premi, anche gli ordinamenti concernenti la prevenzione generale delle malattie possono essere considerati parte integrante dell'attività assicurativa nel ramo malattia e si può ammettere il finanziamento tramite i supplementi di premio nell'ambito

della competenza federale di cui all'articolo 117 Cost. La riscossione di un supplemento al premio LAMal per la prevenzione generale delle malattie si può fondare sull'articolo 117 Cost., visto il nesso intrinseco esistente. Non necessita quindi di una base costituzionale esplicita né specifica, nella misura in cui esiste una congruenza sufficientemente stretta – ossia un'equivalenza di gruppo qualificata – tra le persone assicurate all'assicurazione malattie obbligatoria (contribuenti) e le persone a favore delle quali i prelievi vengono utilizzati (cfr. commenti all'art. 12). La riscossione di un supplemento al premio secondo l'articolo 20 LAMal<sup>248</sup> e la destinazione vincolata dei proventi del supplemento secondo l'articolo 12 capoverso 1 del disegno LPrev sono pertanto conformi alla Costituzione.

## **6.2 Compatibilità con gli impegni internazionali**

Il disegno non tange nessun impegno della Svizzera sul piano internazionale. Nel campo delle malattie non trasmissibili e delle malattie mentali la Svizzera non ha ancora obblighi legali nei confronti dell'Unione europea (UE). Tuttavia, su mandato del Consiglio federale, l'UFSP sta conducendo trattative con la Commissione europea in vista della conclusione di un accordo sulla salute, che include tra l'altro la partecipazione della Svizzera ai programmi d'azione dell'UE in ambito sanitario (cfr. n. 2.6.3).

Il disegno di legge rappresenta sostanzialmente una base legale adeguata per garantire la collaborazione con le strutture comunitarie nel settore della prevenzione delle malattie non trasmissibili e mentali e della promozione della salute. La collaborazione con l'Agenzia esecutiva europea per la salute e i consumatori (cfr. n. 2.6.2 e 2.6.3) non presuppone l'esistenza a livello nazionale di un'unità amministrativa giuridicamente autonoma (cfr. commenti all'art. 37).

## **6.3 Forma dell'atto normativo**

Il disegno contiene disposizioni importanti che stabiliscono norme di diritto da emanare sotto forma di legge federale conformemente all'articolo 164 capoverso 1 Cost. La LPrev segue quindi la procedura legislativa ordinaria.

## **6.4 Subordinazione al freno alle spese**

Il disegno non sottostà al freno alle spese a tenore dell'articolo 159 capoverso 3 lettera b Cost. poiché non comporta nuove spese uniche per oltre 20 milioni di franchi o nuove spese ricorrenti per oltre 2 milioni di franchi.

<sup>248</sup> RS 832.10

## **6.5 Conformità alla legge sui sussidi**

### **6.5.1 Contributi federali all'Istituto**

#### **Importanza dei sussidi per il conseguimento degli obiettivi auspicati**

I contributi federali all'Istituto servono a finanziare i compiti elencati esaustivamente nell'articolo 32 capoverso 1 e a coprire i costi d'esercizio per il loro adempimento (cfr. commenti all'art. 32 cpv. 1). Nei limiti della strategia del Consiglio federale, i contributi permettono di finanziare in parte anche l'elaborazione e l'attuazione di programmi nazionali di cui all'articolo 6 (cfr. commenti all'art. 32 cpv. 2).

#### **Gestione materiale e finanziaria**

A tenore dell'articolo 5 capoverso 1 lettere a e d il nostro Consiglio definisce ogni quattro anni, sulla base degli obiettivi nazionali di cui all'articolo 4, gli obiettivi strategici dell'Istituto, le linee direttrici per i programmi nazionali e per l'impiego dei prelievi a favore della prevenzione ai sensi dell'articolo 12. Sulla base di queste indicazioni, inseriamo quale importo globale nel preventivo e nei piani finanziari i contributi federali annui destinati all'Istituto. Questa procedura permette di garantire la corrispondenza tra compiti e finanze, senza intaccare la sovranità del Parlamento in materia finanziaria.

Le prestazioni sono valutate in virtù dell'articolo 27 capoverso 2 lettera a sulla base del rapporto annuale del consiglio d'istituto.

### **6.5.2 Aiuti finanziari a organizzazioni di utilità pubblica**

#### **Importanza dei sussidi per il conseguimento degli obiettivi auspicati**

La Confederazione sostiene organizzazioni di utilità pubblica attive nei settori della salute, della prevenzione, della promozione della salute, della diagnosi precoce e dell'autoaiuto (organizzazioni di prevenzione e di promozione della salute) con contributi strutturali per misure di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce d'importanza nazionale.

Per effetto dell'invecchiamento demografico, nei prossimi anni e decenni si prevede un ulteriore aumento delle malattie croniche, non trasmissibili e mentali come le malattie cardiocircolatorie, il diabete e le malattie secondarie del sovrappeso o delle depressioni (cfr. n. 1.1).

Le organizzazioni attive nel settore della prevenzione e della salute, come le leghe della salute, le organizzazioni dei pazienti o di autoaiuto, svolgono compiti importanti ai fini della prevenzione e della diagnosi precoce delle malattie croniche. In particolare informano sui fattori di rischio per determinate patologie o sugli stili di vita e i comportamenti salutari, fornendo un importante contributo alla riduzione dei casi di malattia. Si occupano inoltre della consulenza, dell'assistenza e del sostegno agli ammalati cronici e migliorano le competenze sanitarie di questi ultimi relativamente alla malattia di cui soffrono. In questo senso, promuovono la differenziazione della domanda e del consumo di prestazioni nel sistema sanitario. Le organizzazioni attive nella prevenzione e nella salute contribuiscono quindi a mantenere e migliorare lo stato di salute della popolazione in Svizzera e ad arginare a lungo termine la crescita dei costi della salute (cfr. n. 4.3).

Per effetto dell'invecchiamento demografico, nei prossimi anni e decenni la domanda d'informazioni sulle malattie croniche come pure le richieste di consulenza e sostegno per queste patologie aumenteranno ulteriormente. Senza i contributi federali, le organizzazioni di prevenzione e di promozione della salute non potranno farvi fronte. Una riduzione degli aiuti finanziari comporterebbe quindi una riduzione delle prestazioni, a meno che non aumentino i mezzi di terzi, in particolare le donazioni private.

### **Gestione materiale e finanziaria**

Gli aiuti finanziari sotto forma di contributi globali sono versati sulla base di accordi quadriennali e di convenzioni annuali sulle prestazioni conclusi con le organizzazioni attive nel settore della prevenzione e della salute interessate. Gli accordi e le convenzioni fissano gli obiettivi, inclusi gli indicatori e gli standard, che i beneficiari devono conseguire come pure lo scopo d'impiego dei fondi. Se gli obiettivi convenuti non vengono raggiunti o se vengono disattesi altri obblighi, vi è la possibilità di ridurre gli aiuti o, se del caso, di chiederne la restituzione.

Per quanto attiene al rispetto delle disposizioni contrattuali, le prestazioni sono valutate nell'ambito dell'attività di rendicontazione annuale. L'articolo 14 non implica, per le organizzazioni di utilità pubblica, nessuna pretesa legale agli aiuti finanziari. La riserva formulata in relazione alla concessione dei crediti permette inoltre di tenere conto delle esigenze della politica finanziaria.

Gli effetti complessivi sviluppati dagli aiuti finanziari vengono controllati periodicamente nell'ambito della valutazione della legge secondo l'articolo 38.

Fatta riserva delle decisioni parlamentari sul bilancio, il nostro Consiglio fissa nel quadro dell'approvazione della strategia di cui all'articolo 5 il limite massimo degli aiuti finanziari previsti dall'articolo 14 così come le linee guida strategiche di cui occorre tenere conto in sede di assegnazione (cfr. commenti all'art. 5 cpv. 1 lett. d). Poiché i contenuti delle linee strategiche del Consiglio federale dipendono ampiamente dagli obiettivi nazionali secondo l'articolo 4, al momento attuale non è possibile fornire indicazioni concrete sulla cerchia dei potenziali beneficiari né tantomeno sull'importo assoluto del fabbisogno finanziario. La tabella 7 nel numero 4.1 espone una valutazione degli aiuti finanziari messi a confronto con agli oneri previsti dalla legge sulla prevenzione.

Fissando un limite massimo per le spese computabili per il calcolo degli aiuti finanziari nelle disposizioni d'esecuzione della legge sulla prevenzione, si tiene conto delle disposizioni dell'articolo 7 lettera c LSu<sup>249</sup>, secondo cui il beneficiario deve fornire una prestazione commisurata alla propria capacità economica.

### **Procedura per la concessione dei contributi**

Le organizzazioni attive nel settore della prevenzione e la salute presentano all'UFSP una domanda di sussidio, per la cui valutazione sono determinanti in particolare le linee direttrici del Consiglio federale di cui all'articolo 5 capoverso 1 lettera d. Queste direttive mirano in particolare a garantire che le attività delle organizzazioni sostenute dalla Confederazione contribuiscano al conseguimento degli obiettivi nazionali di cui all'articolo 4 e incentivano inoltre un impiego coordinato dei mezzi.

<sup>249</sup> RS 616.1

La trasparenza sull'assegnazione dei mezzi è garantita nell'ambito del rendiconto finanziario della Confederazione.

I beneficiari devono utilizzare gli aiuti finanziari conformemente alla normativa in materia di acquisti pubblici.

### **Impostazione degressiva degli aiuti finanziari**

Non è prevista una limitazione temporale o un'impostazione degressiva degli aiuti finanziari poiché le attività particolarmente degne di essere sostenute a tenore dell'articolo 14 capoverso 2, svolte dalle organizzazioni attive su scala nazionale nel settore della prevenzione e della salute, sono compiti permanenti. L'erogazione di contributi a progetti locali, cantonali o nazionali è retta dagli articoli 12 e 13.

## **6.6 Delega di competenze legislative**

Oltre all'articolo 39, che conferisce al Consiglio federale la competenza di emanare disposizioni di esecuzione, anche l'articolo 40 capoverso 3 prevede una norma di delega per la promulgazione di ordinanze. Il Consiglio federale può quindi completare la legge con un'ordinanza entro i limiti stabiliti dalla legge. Le deleghe legislative riguardano regolamentazioni troppo dettagliate e specifiche per essere iscritte nella legge. Secondo il diritto costituzionale, devono limitarsi a un oggetto determinato, ossia non possono essere illimitate. Per questa ragione si focalizzano sempre su un oggetto preciso e il loro contenuto, il loro obiettivo e la loro portata sono precisati in misura sufficiente. La delega di competenze legislative tiene conto del principio di determinatezza ed è pertanto sufficientemente concretizzata a livello costituzionale.

Altre norme di delega sono contenute nelle disposizioni del regolamento organizzativo dell'Istituto. Il Consiglio federale ha in particolare le competenze seguenti:

- affidare altri compiti all'Istituto (art. 22 cpv. 2);
- emanare disposizioni per la presentazione dei conti (art. 34 cpv. 5).

